

GUARNER

ENRIQUE GUARNER

PSICOPATOLOGÍA CLÍNICA
Y
TRATAMIENTO ANALÍTICO

PSICOPATOLOGÍA CLÍNICA

MÉXICO, 1978

LIBRERIA DE PSICOPATOLOGIA Y CLINICA
PSICOPATOLOGÍA CLÍNICA
Y
TRATAMIENTO ANALÍTICO

DISTRIBUIDORES
LIBRERÍA DE PORRÚA HNOS. Y CIA., S. A.
ARGENTINA Y JUSTO SIERRA
MÉXICO 1, D. F.

ENRIQUE GUARNER

MÉDICO Y PSICOANALISTA. CATEDRÁTICO DE GRADO DE LA UNIVERSIDAD
NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO Y DE LA UNIVERSIDAD IBERO-AMERICANA

PSICOPATOLOGÍA CLÍNICA
Y
TRATAMIENTO ANALÍTICO

PRÓLOGO DE
SANTIAGO RAMÍREZ

MÉXICO, 1978

Primera edición, 1978

Derechos reservados

Copyright © 1978, por ENRIQUE GUARNER

Periférico Sur, 3840-303

México 20, D. F.

Queda hecho el depósito que marca la ley

IMPRESO EN MÉXICO

PRINTED IN MEXICO

*Dedico este libro a mi esposa que
tanto me estimuló a escribirlo.*

PRÓLOGO

El libro que ahora comento es fluido, ameno y de fácil lectura. Un gran vacío en la literatura psiquiátrica hispano-americana nos ha precedido. Ciertamente, aunque agotados, han aparecido tratados psiquiátricos convencionales y clásicos. Las lecciones de Kraepelin, el tratado de Bleuler y de Bumke, traducidos desde hace años al castellano, así como el texto de Mira y López. Todos ellos repito, si bien excelentes, exclusivamente descriptivos y convencionales. Enumeración minuciosa de síntomas, agrupación en síndromes y entidades nosológicas. Ningún intento de conocer el cómo y el para qué y por qué de la enfermedad mental. En la obra de Guarnier campea el criterio dinámico, el psicoanálisis da la nota explicativa y conceptual.

La enfermedad se entiende en un contexto histórico genético, como resultado de luchas de contrarios que a fuerza de repetirse condicionan estructuras con una dirección teleológica y adaptativa. Una psiquiatría viva, fluctuante con propósito es la que pasa a nuestros ojos al leer la obra que reseño.

Cuadros clínicos, hace años apenas esbozados, han cobrado importancia significativa para el clínico, tales como la adicción a las drogas y las desviaciones sexuales.

En veinticinco capítulos bien articulados y pedagógicamente desarrollados Guarnier nos muestra el mundo de la enfermedad mental.

Una extensísima reseña bibliográfica acompaña a cada capítulo e invita al lector a ampliar su visión si así lo desea.

Al principio de la obra Guarnier expresa: "hasta el siglo XVIII los desórdenes mentales eran simples capítulos en los libros de Medicina", podríamos hacer más amplio este aserto diciendo que hace

treinta años en nuestras escuelas de medicina la psiquiatría ocupaba unas cuantas lecciones en el último mes de un tercer curso de Patología Médica.

Felicito al autor e incito al estudioso lector a que observe, medite y vuelva a observar a la manera recomendada por Claudio Bernard lo que Guarner nos brinda con la mejor de sus dotes en el presente tratado.

PRÓLOGO

SANTIAGO RAMÍREZ.

INDICE GENERAL

	<i>Páginas</i>
PRÓLOGO	IX
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	
<i>Los Conceptos de normalidad y anormalidad</i>	5
Breve historia de la Psiquiatría	12
El mundo antiguo	12
La edad media	16
Los tiempos modernos	17
Freud y el Psicoanálisis	22
<i>Bibliografía</i>	24
CAPÍTULO II	
<i>La Teoría de la mente humana</i>	26
Necesidad y satisfacción	26
El hambre y la sed	27
Las necesidades sexuales	28
Frustración y conflicto	30
Los conflictos conscientes e inconscientes	32
Topografía de la mente humana	33
La estructura de la mente	35
El yo	36
El superyo	37
El ello	38
Comparación de las dos teorías	39
<i>Bibliografía</i>	39
CAPÍTULO III	
<i>El Desarrollo de la personalidad</i>	41
El primer año de vida	
(La etapa oral)	42
La edad de uno a tres años	
(Etapa anal)	44

	<i>Páginas</i>
La edad del tercero al quinto año (Etapa fálica)	46
La edad de los seis a los doce años (La latencia)	48
La edad de los trece a los diecinueve años (La adolescencia)	50
Desde los veinte años en adelante (La estructura del carácter)	53
Tipos caracterológicos	54
El carácter oral	54
El carácter anal	54
El carácter fálico	55
<i>Bibliografía</i>	56

CAPÍTULO IV

<i>El hombre y la mujer</i>	58
Las diferencias sexuales	58
El punto de vista histórico	60
El punto de vista psicoanalítico	65
Machismo vs. feminismo	69
Conclusiones	71
<i>Bibliografía</i>	72

CAPÍTULO V

<i>Generalidades sobre las neurosis</i>	74
La angustia	76
Las fobias	79
<i>Bibliografía</i>	84

CAPÍTULO VI

<i>La Depresión</i>	86
El concepto psicoanalítico de la depresión	86
Los factores que predisponen a la depresión	93
Factores psicológicos predisponentes	93
Oralidad en la depresión	94
La agresión en la melancolía	94
El papel del narcisismo en la depresión	94
El papel del <i>superyo</i>	95
Factores constituyentes y hereditarios	95
Las características de la depresión	96
<i>Bibliografía</i>	97

CAPÍTULO VII

	Páginas
<i>La histeria</i>	99
Características de la histeria	106
Caso clínico	108
<i>Bibliografía</i>	111

CAPÍTULO VIII

<i>El carácter obsesivo-compulsivo</i>	113
Características del obsesivo-compulsivo	117
Aislamiento del afecto	117
Los objetos divididos	118
Imágenes obsesivas	119
La anulación	119
La formación reactiva	120
Caso clínico	120
<i>Bibliografía</i>	123

CAPÍTULO IX

<i>Efecto de la cultura y del tiempo en los desórdenes mentales</i>	125
La neurastenia	129
La hipocondría	130
Reacción disociativa	130
El síndrome de Ganser	131
El síndrome de Capgras	132
Delirio de Cotard	132
Los síndromes psiquiátricos en la cultura oriental	132
Latah	133
Amok	133
Koro	133
Voodoo o tanatomanía	134
<i>Bibliografía</i>	135

CAPÍTULO X

<i>Generalidades de las psicosis</i>	137
Los casos límite	142
Creatividad y enfermedad mental	145
<i>Bibliografía</i>	147

CAPÍTULO XI

<i>La esquizofrenia</i>	149
Aspectos generales	152

	<i>Páginas</i>
Características de la esquizofrenia	155
Forma hebefrénica	158
Forma simple	159
Forma catatónica	159
Forma esquizo-afectiva	160
Formas indiferenciadas crónicas	161
Forma paranoide	162
Delirio de los querulantes	163
Delirio de persecución	164
Delirios de celos	164
Delirios de grandeza	164
Delirios hipocondriacos	164
Caso clínico	165
<i>Bibliografía</i>	169

CAPÍTULO XII

<i>El suicidio</i>	172
El manejo del depresivo severo del suicida	178
Ilustración clínica	180
<i>Bibliografía</i>	182

CAPÍTULO XIII

<i>Defectos superyoicos y conducta antisocial</i>	184
Ilustración clínica. Primer caso	188
Segundo caso	192
Tercer caso	194
Discusión	197
Conclusiones	198
<i>Bibliografía</i>	198

CAPÍTULO XIV

<i>La experiencia con drogas</i>	200
La posición esquizo-paranoide	201
La posición maníaco-depresiva (esquizo-afectiva)	208
<i>Bibliografía</i>	212

CAPÍTULO XV

<i>La adicción a las drogas y al alcoholismo</i>	213
Características del alcohólico	218

	<i>Páginas</i>
La adicción a drogas	221
<i>Bibliografía</i>	223

CAPÍTULO XVI

<i>Las desviaciones sexuales</i>	225
El punto de vista psicoanalítico	229
<i>Bibliografía</i>	236

CAPÍTULO XVII

<i>Las reacciones psicofisiológicas</i>	239
Los desórdenes psicofisiológicos gastrointestinales	243
Los desórdenes psicofisiológicos cardiovasculares	246
Los desórdenes psicofisiológicos respiratorios	248
Desórdenes psicofisiológicos del sistema endocrino	250
Los desórdenes psicofisiológicos de la piel	253
Emociones y muerte	254
<i>Bibliografía</i>	255

CAPÍTULO XVIII

<i>Generalidades sobre el tratamiento</i>	258
Psicoanálisis	259
Las psicoterapias	263
La quimioterapia	267
Hospitalizaciones	269
Procedimientos físicos, especialmente de choque	271
Conclusiones	271
<i>Bibliografía</i>	272

CAPÍTULO XIX

<i>La entrevista inicial</i>	274
Perfil de historia clínica	275
El examen del estado mental	277
Perfil del examen del estado mental	278
Principales síndromes psicopatológicos	280
Formulaciones diagnósticas	281
La iniciación de la terapia	283
<i>Bibliografía</i>	285

INTRODUCCIÓN

La meta al escribir este libro ha sido presentar la Psicopatología como un tema vivo, no sólo en su relación con el psicoanalista, sino con los problemas sociales y económicos de la situación actual. Los trabajos de Sigmund Freud dieron al estudio de los desórdenes mentales un interés científico y humano del cual carecieron en épocas anteriores. Sus hipótesis sobre la mente, el desarrollo de la personalidad, las diferencias sexuales y su tratamiento por procedimientos psicológicos, constituyen los elementos fundamentales para explicarnos qué es el hombre y cómo podemos diferenciarlo de los demás seres vivos.

Naturalmente que la Psicopatología no es sólo el resultado de las aportaciones de un hombre con un talento único. Son los estudios que se han realizado en este campo algo progresivo, rectificándose nuestros conocimientos por la incesante labor de numerosos autores. A unas teorías se suceden otras y muy distinta es hoy en día la manera de considerar una neurosis de la que existía hace unos años. Nuevas aportaciones han variado totalmente el concepto de las esquizofrenias. Este hecho por sí solo justifica la aparición de una Psicopatología analítica con arreglo a los criterios actuales.

Desde un principio supe que la magnitud del proyecto obligaba a tropezar con serias dificultades para su realización. Resulta completamente absurdo pensar que una obra sobre las características de la mente humana pueda haber sido escrita como una investigación propia. Un trabajo de la índole que he emprendido, únicamente puede ser el resultado de investigaciones en su mayoría ajenas, agrupando el material desde el punto de vista bibliográfico.

He intentado por tanto, presentar una compilación científica lo más exacta posible, declarando los escritores que inspiran mis juicios y a quienes he seguido en la exposición de sus ideas. He procurado indicar las deficiencias y vacíos donde los haya.

Una obra de esta índole puede no provocar un deleite desde el punto

de vista literario, pero pienso que cumple una función de utilidad práctica, que creo con sinceridad no existía, pues la mayoría de las Psiquiatrías, han estado orientadas de una forma multidisciplinaria. La necesidad de un libro de esta naturaleza es cada vez más apremiante y no se halla satisfecha ni con los manuales a causa de su exigua extensión, ni con las obras de consulta demasiado amplias y abrumadoras.

Las controversias entre los autores psicoanalíticos, los clásicos o aquellos partidarios de una teoría biológica he procurado presentarlos con absoluta imparcialidad, evitando simpatías y prejuicios, así como razonando las aportaciones de escuelas que en ocasiones parecerán difíciles de conciliar.

Aunque he modificado ligeramente la clasificación tradicional de las enfermedades mentales, creo que mi actitud ha sido meditada y el fin que he perseguido al reducir los cuadros clínicos para su estudio, es de carácter didáctico.

Mucho se habrá escapado a mis pesquisas afanosas, pero me consuela pensar que con la labor realizada haya conseguido un interés mayor en la Psicopatología analítica.

Algunos lectores se preguntarán sobre el motivo por el cual las citas y referencias bibliográficas de las obras de Sigmund Freud son tomadas del idioma inglés. La razón estriba en que hasta donde yo conozco, existen en lengua castellana dos traducciones de los escritos del psicoanalista vienés. La primera fue emprendida por Luis López Ballesteros, después de que Ortega y Gasset recomendó al editor Ruiz Castillo que se llevara a cabo para la Biblioteca Nueva de Madrid. La primera versión en 17 tomos apareció en 1923 con un prólogo del mismo filósofo y aunque su estilo literario resulta espléndido, la obra deja mucho que desear debido al gran número de errores que contiene. El motivo de una mayoría de ellos, tal vez estriba en la falta de conocimientos psicoanalíticos por parte del traductor. Una segunda impresión de la anterior fue publicada con todo lujo en 1949 y comprendía dos tomos. La misma Biblioteca Nueva añadió un tercer volumen en 1968 en el cual participó el psiquiatra aragonés Ramón Rey Ardid.

La otra traducción de una parte de la obra de Freud fue encargada por Santiago Rueda a Ludovico Rosenthal, quien añadió en los últimos cinco tomos de los veintidós que la componen una versión más exacta de la obra freudiana, aunque como la española carece de los aspectos bibliográficos y ciertas fallas menores desvirtúan determinados conceptos.

La última edición alemana de la producción total de Sigmund Freud, fue publicada hacia el final de su vida en Viena y aunque revisada por el

autor, la edición fue destruida por los nazis en 1938. Fue por ello que una nueva impresión fue llevada a cabo en Inglaterra al terminar la segunda Guerra Mundial. Como consecuencia de lo anterior, la obra muestra algunos signos de las circunstancias bajo las cuales apareció.

A partir del año 1955, comenzaron a publicar en Londres los 24 volúmenes que componen lo que hoy en día denominamos edición "standard" y que constituye un modelo en su género. El principal traductor, recopilador y comentarista de este trabajo es James Strachey, quien además de conocer a fondo el idioma alemán y haber sido psicoanalizado por Freud, es un destacado especialista en el campo. Es por ello que resulta de un incalculable valor su obra, aunque como él mismo admite se pierde en ella parte del maravilloso estilo literario de Freud. He creído, por lo tanto, importante para mi libro el basarme esencialmente en esta producción, para evitar posibles confusiones si las citas fueran tomadas de otras versiones.

Debo añadir aquí que se ha intentado por todos los medios a mi alcance ser lo más escrupuloso posible en lo que respecta a las referencias que hago. En la inmensa mayoría de los casos procuré que lo que expongo vaya de acuerdo con el contexto en que el autor lo expresó. No obstante lo anterior, reconozco que es posible la aparición de algunas frases aisladas de un escritor determinado. Si en tal caso se presenta alguna mínima imprecisión, me hago totalmente responsable de ella.

Con respecto a la forma de citar la bibliografía he utilizado el sistema del Index Medicus, pero debo añadir que preferí conservar únicamente la fecha de emisión de la obra y no he agregado el señalamiento cronológico de la nueva versión, para evitar el sinnúmero de confusiones que a veces se observan cuando aparecen señaladas dos fechas ante una misma producción.

En relación a los términos extranjeros he procurado por todos los medios evitarlos. Resulta por ello que el vocablo inglés *insight* quedara convertido en autocrítica, independientemente de que pueda crear reparos por parte de determinadas personas excesivamente puntillosas, dado que las dos palabras no son exactamente sinónimas. Lo mismo ha ocurrido con la voz *acting out*, la cual quedó reducida a actuación, aunque en el idioma inglés, deba diferenciarse el hecho de que la conducta del paciente tenga lugar afuera de la situación analítica, reservándose el prefijo *in*, para cuando el suceso ocurre en el mismo consultorio del terapeuta. Pienso que el lenguaje castellano es lo suficientemente rico para no necesitar de anglicismos y que el estilo general de la lectura ganará en armonía, lo que pierda en exactitudes que son de carácter meticuloso.

Mi punto de vista, en relación a este libro, es que he intentado hacer una condensación de la Psicopatología en la que no he reunido, sino los trabajos absolutamente esenciales. Creo que es en esto en lo que radica el valor intrínseco de este volumen, puesto que originalmente había adquirido un material diez veces más amplio que el que presento. Fue valiéndome de un proceso de reducción que el texto ha quedado disminuido a las páginas que lo componen. Comprendo que con ello he excluido una enorme cantidad de aportaciones al terreno de la Patología y tratamiento de las enfermedades mentales, pero en el fondo no me arrepiento de ello, pues al limitarme le he dado a esta ciencia la posibilidad de hacerla comprensible sin perder profundidad en esta manipulación.

En la distribución de los capítulos que abarca este volumen, he seguido un criterio que podríamos considerar natural. Se ha dado en primer lugar la importancia debida a los juicios sobre la normalidad y la historia de la psiquiatría. A continuación el núcleo central está formado por la teoría de la mente y el desarrollo de la personalidad. Un capítulo sobre las diferencias sexuales entre el hombre y la mujer me ha parecido importante, para completar la primera parte del volumen.

Los síntomas principales de las neurosis han sido descritos en dos capítulos. Apareciendo a continuación la histeria y la forma obsesivo-compulsiva. Los diagnósticos hoy en día menos utilizados y el aspecto epidemiológico de la enfermedad mental ocupa el capítulo IX.

Los siguientes se refieren a las psicosis y se incluyen las actitudes antisociales, la experiencia con drogas, los trastornos psicofisiológicos y las desviaciones sexuales.

He dedicado la última parte del libro al tratamiento de los padecimientos mentales por medio de procedimientos psicológicos e incluyo en esta división los sueños y la libre asociación.

CAPÍTULO I

LOS CONCEPTOS DE NORMALIDAD Y ANORMALIDAD

La Psicología es la rama de la ciencia que investiga la conducta y los procesos mentales. La Psiquiatría es una especialidad médica que estudia las desviaciones de la conducta normal. Esta última definición plantea desde su inicio una pregunta fundamental: ¿qué es lo normal y cómo podemos reconocer sus desviaciones?

La persona "promedio", tiende a considerarse a sí misma como la medida de lo saludable y mira como signos de anormalidad, todas las actitudes y respuestas que difieren de la suya. Este criterio, aunque parezca razonable al individuo que lo emplea, carece totalmente de valor como principio de aplicación general; pues por un lado se asume que cada ser es el solo juez de su propia conducta y por otra parte implica que todo sujeto es en un momento dado normal.

Una alternativa a este criterio individualista, es el que han ideado ciertos investigadores al juzgar la conducta de las personas en una cultura conocida. Para ello se utilizan individuos que pertenezcan al mismo sexo y dentro de una edad similar. A través de este procedimiento es posible encontrar normas que hagan comparable una muestra determinada de conducta, localizar las desviaciones de la normalidad y así demarcar las distintas variables que se encuentren.

Cuando aplicamos este sistema hallamos diferentes obstáculos que nos impiden especificar las normas deseables: 1. La composición heterogénea de nuestra sociedad; 2. Los cambios que las muestras promedio sufren en el tiempo, y 3. La movilidad que los grupos humanos experimentan en una forma constante.

Al utilizar este procedimiento casi siempre se termina por emplear la estadística y la conclusión a la que se llega habitualmente es la de definir a una persona como anormal, cuando difiere del promedio. Desgraciada-

mente este método es demasiado simplista cuando se aplica a los seres humanos, puesto que de ello resulta que los zurdos y pelirrojos son anormales en relación a los diestros y morenos. El punto de vista estadístico tan útil en tecnología, resulta trivial e ingenuo para definir los desórdenes de la conducta.

Algunos sociólogos y psicólogos han encontrado bases para denominar anormales a todos los procesos que tienen lugar en la sociedad que tienden a disminuir su equilibrio, reduciendo las posibilidades de sobrevivencia de la especie humana. De acuerdo con este criterio pueden identificarse los síntomas de desintegración social, no obstante, el problema con el que nos enfrentamos aquí es el de localizar las metas que se persiguen; puesto que las ventajas para un grupo dado pueden ser políticas o económicas y no necesariamente positivas para los demás miembros de la sociedad.

Un criterio menos simple aunque más común para determinar lo anormal, es el de considerar las conductas patológicas como desviaciones. Las reglas para llevarlo a cabo, han variado desde los tiempos antiguos hasta nuestra época. Aunque la enfermedad es una experiencia básica de la existencia humana, cada estado de civilización ha variado su propio concepto de aquello que perturba la salud.

Podríamos asegurar, sin embargo, que dos puntos de vista han predominado a través de la historia. El primero de ellos hace énfasis en la discontinuidad y afirma que la persona normal está separada de la anormal y nunca puede colocarse en el lugar de ella. De acuerdo con el segundo criterio existe una continuidad entre lo llamado saludable y lo patológico. Es decir, los límites entre estas dos situaciones no pueden ser distinguidos más que con una demarcación relativa.

La teoría de la discontinuidad presenta su base en la concepción anatómica de la enfermedad. Resulta indudable que esta ciencia debe haber nacido en el antiguo Egipto, debido a la información que se recababa al embalsamar los cadáveres y es seguro que la investigación acerca de la estructura del cuerpo humano debe haberse acumulado, llegando a su apogeo en la escuela griega de Alejandría durante el siglo III a. de J.C.

De acuerdo con Edelstein, la actitud filosófica de Platón y Aristóteles destruyó el temor mágico y religioso a la disección del cuerpo humano, pero con los romanos una nueva era de superstición y respeto hacia los cadáveres reapareció y desde el siglo I a. de J.C. las disecciones cesaron, de tal manera que los conocimientos anatómicos de Galeno eran derivados de sus prácticas en animales, particularmente monos. Únicamente en raras ocasiones el médico romano obtenía huesos humanos, cuando ocurría la inundación de algún templo. Su célebre libro *De ossibus ad tirones*

(*Sobre los huesos para estudiantes*) es el único trabajo anatómico de la antigüedad basado en dicho material.

Los estudios sobre la naturaleza del hombre llevados a cabo por Leonardo da Vinci, son más que nada producto de una curiosidad fascinante que enfrentaba un sinnúmero de obstáculos impuestos por sus contemporáneos. Sus observaciones anatómicas eran dictadas por el pintor, ansioso de descubrir las estructuras y texturas de los tejidos, pero Leonardo no se conformaba con las formas y profundizaba más allá tratando de explicarse las causas de la Morfología. En un análisis final sus estudios son una Filosofía de la naturaleza humana, más que una investigación sistemática acerca de los constituyentes del cuerpo. Es decir, Da Vinci estaba preocupado por entender en última instancia al ser vivo y el marco que lo mueve.

Con la publicación del famoso libro *Fábrica* en 1549, Andreas Vesalio abrió un nuevo camino a la ciencia anatómica, mostrando las discrepancias con las representaciones erróneas de Galeno. Este libro dedicado a Felipe II muestra al cuerpo humano en su totalidad y no presenta los órganos aislados, sino que los integra. Posiblemente esta sea la razón por la que los esqueletos y músculos son dibujados en páginas completas. Para Vesalio el cuerpo humano es acción y debe ser estudiado desde el punto de vista de su funcionamiento. Es interesante hacer notar aquí que la enseñanza médica moderna se ha apoyado más en las ideas de Galeno, que en las del médico flamenco y han pretendido los anatomistas aislar las partes en lugar de observarlas en su integridad.

En *Fábrica* el sistema nervioso es contemplado en láminas totales, haciéndolo ver como una unidad. Vesalio nunca creyó que la Anatomía ocupara la más alta jerarquía entre las ciencias antropológicas. Fue para él un secreto la Fisiología del cerebro y no estableció una relación entre el pensamiento, la imaginación y la memoria con el encéfalo humano. Asimismo, jamás pensó que se pudiera encontrar relación con el "alma superior" y que ésta se hallaba más allá del alcance anatómico.

La publicación en 1761 de *El lugar y causas de la enfermedad investigada a través de la Anatomía* de Morgagni, dio lugar a un cambio de actitud. A partir de este libro vemos el nacimiento de la Patología y la Clínica que se convierten desde entonces en ciencias. Sin embargo, aunque el médico italiano gustaba de clasificar las enfermedades de acuerdo con los síntomas que las formaban, la búsqueda del elemento etiológico era el factor esencial de la investigación, llegando a correlacionar los síntomas con la lesión encontrada.

Es indudable que fueron Bichat en Francia y Virchow en Alemania,

quienes originaron el concepto de relacionar los tejidos con la enfermedad y de allí percibir las alteraciones fisiológicas que tenían lugar en los órganos. Con las aportaciones de estos patólogos la idea absolutista acerca de la enfermedad quedaba firmemente establecida.

La teoría de la discontinuidad entre lo normal y lo anormal, encontró en el siglo xix un enorme número de adherentes entre los especialistas en enfermedades del sistema nervioso; los predecesores de los psiquiatras actuales que habían aceptado tal hipótesis como un hecho. Es por ello que trataban de encontrar sustancia a sus especulaciones postulando cambios encefálicos que explicaran las desviaciones de la conducta que observaban.

A principios del siglo xx fue demostrado de una manera concluyente, que la parálisis general progresiva era resultado de una infección del sistema nervioso. Este descubrimiento dio lugar entre los absolutistas a la idea de que algún día todas las neurosis y psicosis no serían otra cosa que enfermedades del cerebro. Sus esperanzas, no obstante, han fallado en cuanto a materializarse a lo largo del último medio siglo. En la actualidad, aun en relación a la parálisis general, las conclusiones parecen demostrarnos que el desorden que se presenta depende del carácter previo de la persona pre-parética y no necesariamente de la lesión que la ha producido.

La tradición relativista que mantiene una continuidad entre la conducta normal y la anormal, comenzó a verse reforzada en la segunda mitad del siglo xviii al observarse que los fenómenos anormales podían inducirse en personas aparentemente sanas. El crédito de ello puede darse a Friedrich Anton Mesmer quien estimuló la utilización de la hipnosis en una forma terapéutica.

A mediados del siglo xix, Claude Bernard ansioso de explicar los mecanismos de las enfermedades, abogó por la destrucción del criterio de clasificarlas, tan popular entre los médicos alemanes de su época. Es necesario acreditar a Bernard el utilizar el pensamiento analítico y experimental para demostrar que el mismo proceso vital corre tanto en la salud como en la enfermedad y que las diferencias son cuantitativas.

Por esos mismos años surge la disputa entre las escuelas de Nancy y París al relacionar la histeria y la hipnosis. El grupo de París encabezado por Jean Charcot sustentaba la idea de que únicamente los histéricos potenciales pueden ser sugestionados. Los médicos de Nancy, Hippolyte Bernheim y Ambroise Liebault, sostenían que cualquier persona puede ser hipnotizada con éxito. Cada uno de ellos tenía razón parcialmente, puesto que en la actualidad sabemos que casi todo adulto puede ser colocado en trance hipnótico y que un síntoma histérico puede ser inducido en cualquier

individuo. De todas maneras la polémica dio lugar a que se incrementara el interés en la psicopatología.

El sucesor de Charcot en París fue Pierre Janet, quien publicó en 1889 *L'Automatisme Psychologique*, seguido en 1893 por *L'Etat mentale des hysteriques*. Sigmund Freud había sido contemporáneo de Janet durante 1885 cuando ambos estudiaban en el Hospital de la Salpêtrière bajo Jean Charcot. A pesar de ello, el descubridor del Psicoanálisis realizó a fines de 1889 una visita a la Clínica de Bernheim en Nancy. A su regreso a Viena, Freud tradujo las principales obras de estos autores franceses al idioma alemán.

No existe duda alguna de que el hombre que ha influido de una manera absoluta al conocimiento de la Psicología anormal ha sido Sigmund Freud. Aunque no sabemos con exactitud el año en que el descubrimiento del Psicoanálisis tiene lugar, podemos inferir a través de las publicaciones de los primeros trabajos sobre la histeria entre 1892 y 1895 que las investigaciones se hallaban en un proceso preliminar. La libre asociación debe haber sido descubierta en alguno de esos años, cuando la paciente Elizabeth von R. se muestra incomodada por las constantes interrupciones que le hace Freud y que impiden la expresión libre del curso de sus ideas. El primer sueño que se interpreta es del propio analista y esto ocurre en julio de 1895; aunque el interés de Freud en el tema, puede observarse que proviene de 1882 en la correspondencia que mantiene entonces, con su futura esposa Martha.

En los momentos en que descubre el Psicoanálisis, nuestro hombre está entrando en los cuarenta años de edad, habita en Viena, ciudad que no abandonará hasta la entrada de los nazis en 1938. Freud cuenta con cinco hijos, la sexta nacerá a fines de 1895. Su carrera universitaria es brillante, dado que está encargado de un curso de Neuropatología en el que figura como Privat-Dozent.

Ha realizado numerosas publicaciones neurológicas y es considerado como una autoridad en parálisis infantiles. Su situación económica se mantiene sobre la base de su clientela y algunos pacientes enviados por uno de sus colegas que lo ayudan desde el principio de su carrera: Joseph Breuer.

Freud ha trabajado hasta aquel entonces con tres maestros, que han influido definitivamente en su pensamiento. Ellos son: Ernst Brücke el neuropatólogo y fisiólogo, Theodore Meynert brillante psiquiatra y Jean Martin Charcot célebre neurólogo francés de la época. De ellos, ha heredado un riguroso enfoque biológico y también un determinismo científico absoluto, que está basado en el materialismo de su tiempo.

La ambición de Freud es inmensa y desde 1884, cuando contaba apenas 25 años de edad, en un trabajo sobre *La estructura elemental del sistema nervioso*, ha anticipado el descubrimiento de la neurona, aunque no llega a dominar su hallazgo, permitiendo que Waldeyer denomine así a la unidad neurológica en 1891.

Desde 1884 hasta 1887 el entusiasmo de Sigmund Freud ha sido dirigido hacia las propiedades de la cocaína, a la cual atribuye posibilidades como remedio digestivo y cualidades para alterar los estados de fatiga y depresión. En uno de sus artículos alude a las propiedades anestésicas que posee, pero aquí Freud interrumpe su descubrimiento, tomando unas vacaciones y es así como Koller utiliza el alcaloide por primera vez sobre la superficie del globo ocular, con lo que el descubrimiento se le atribuye a él.

Entre 1886 y 1891 varias monografías de Freud aparecen publicadas y alcanzan fama. Todas están encaminadas a la Neuropatología y ellas son: las investigaciones sobre el bulbo raquídeo, las afasias y las parálisis infantiles.

Sin embargo, los intereses de Freud han ido transformándose a partir de 1889 y junto con Breuer, comienza a aplicar el método hipnótico en enfermos de psiconeurosis. Esta es la razón por la cual viaja a Nancy a fines de ese año. A su regreso publica junto con su colaborador, un trabajo en el que afirma que el origen de la histeria no está en un trauma inicial. La investigación se realiza utilizando el procedimiento catártico descubierto por Joseph Breuer.

No obstante, un problema viene acrecentándose entre ellos que finalmente los separa en 1895. El origen del mismo es la indefectible seguridad en Freud, de que las psiconeurosis tienen una causa sexual. Breuer trata de frenar esta teoría, debido a la fuerte oposición que encuentra entre los médicos austriacos, pero Freud está convencido de su idea y los trabajos de ambos quedan interrumpidos.

El descubridor del Psicoanálisis se encuentra solo, pero ahora posee las armas técnicas capaces de profundizar en la mente humana. Por una parte ha abandonado la hipnosis y obtiene la información de sus pacientes a través de la libre asociación. Por otro camino ha descubierto la piedra angular que lo lleva a penetrar en el inconsciente: los sueños.

Resulta importante señalar aquí, que los hombres de letras se habían, hasta cierto punto, adelantado al introducirse más allá de las manifestaciones superficiales de la personalidad y nos presentaban caracteres psicóticos y neuróticos, así como descripciones de los seres comunes, delineando los rasgos más acentuados de éstos.

Es difícil saber hasta qué punto Freud haya conocido la literatura de su tiempo, puesto que su cultura se dirigía más bien hacia los clásicos griegos; pero resulta indiscutible que el campo para los grandes descubrimientos psicológicos se encontraba propicio, gracias a la novela y el teatro del siglo XIX.

La publicación en Francia de *Le rouge et le noir* de Stendhal en 1830, seguida por *Madame Bovary* de Flaubert en 1857, así como las grandes novelas de Balzac, son obras que seguramente Freud leyó.

Asimismo, el psicoanalista vienés realizó un estudio de la obra de Feodor Dostoievsky en relación al parricidio, en el que afirmaba que el escritor deseaba la muerte de su padre y que sintió remordimiento y culpabilidad cuando ella ocurrió. Más importante para la teoría del desarrollo de las psicosis, resulta el *Diario de un loco* de Nicolás Gogol publicado en 1840. León Tolstoi es capaz de observar el autocastigo que precede al suicidio de *Ana Karenina* que se edita en 1877.

A fines del siglo los escandinavos han revolucionado el teatro, con las producciones de Henrik Ibsen y August Strindberg, las cuales alcanzan gran éxito en el centro de Europa, al que Freud no permanece indiferente, dado que asistió a una representación de *Rosmersholm* de Ibsen, afirmando que era increíble la capacidad del autor noruego para entender el mecanismo de la compulsión a la repetición.

Esta corriente literaria se extiende a toda Europa. En España, Benito Pérez Galdós escribe una novela que se adelanta al Psicoanálisis por muchos años, como ha demostrado G. Allison en 1974, *Fortunata y Jacinta* publicada en 1877. Resulta sorprendente la capacidad de Leopoldo Alas al describir con una claridad asombrosa, la relación transferencial que se desarrolla a través de la confesión con un sacerdote en *La Regenta* que fue dada a conocer en España en 1883; es decir, treinta años antes del caso *Dora* en el que Sigmund Freud la descubre para aplicarla al Psicoanálisis. De esta misma novela también resulta extraordinario el sueño del final en el que aparecen: condensaciones, desdoblamientos y simbolismos de una profundidad rara vez igualados en la literatura. No puedo dejar de nombrar aquí que en Portugal, Eça de Queiroz describe retratos de espléndidos caracteres en todas sus novelas publicadas a fines del siglo XIX.

Sería prolijo enumerar los escritores que influyeron de alguna manera en los inicios del Psicoanálisis, pero no podemos dejar de mencionar a: Dickens, Hardy, Turgueniew, Zola, France, etc. Todos los cuales como afirma Priestley refiriéndose a la obra de Ibsen eran: "Freudianos antes de Freud."

A partir de 1895 y bajo las influencias ya señaladas, quedaba el Psicoanálisis firmemente establecido como una rama de las ciencias para el examen de la mente humana. Todo ello era consecuencia del talento de un solo hombre que ha influido de una manera decisiva, no sólo en la historia de la Psiquiatría, sino de la civilización occidental. La conclusión más importante a la que llegó Freud, fue que existe una continuidad entre el individuo normal y el patológico y que entre ellos solamente se pueden observar grados de diferencia; de la misma manera que contemplamos en la naturaleza el día y la noche, pero al mismo tiempo presenciábamos estados intermedios como el amanecer y el atardecer.

BREVE HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA

EL MUNDO ANTIGUO

La vida social ha tenido y tiene un fondo económico, lo cual vemos reflejado al estudiar el desarrollo histórico de la Psiquiatría. Los pacientes mentales han sido tratados a lo largo de los tiempos, de acuerdo con su origen y posición dentro de la sociedad en que habitan.

Desde las épocas remotas, los psicóticos pobres eran rechazados y se veían obligados a huir a los bosques o a los lugares desérticos, alimentándose de vegetales silvestres o de raíces. Otros enfermos mentales eran confinados a sótanos y prisiones, para no constituir la burla de la comunidad.

Por otra parte los trastornados que pertenecían a la clase superior, podían permanecer dentro del grupo y aun llegaban a ostentar el poder. De aquí, que históricamente encontremos casos de individuos psicóticos que llegaron a reinar. Un ejemplo lo sería Nabucodonosor, quien gobernó por más de 43 años en el siglo VII a. de J.C. y fue famoso al unificar uno de los estados más poderosos de la antigüedad y construir la hermosa ciudad de Babilonia. Sin embargo, parece ser que el rey padecía de licantrópía, por lo que salía de la ciudad y aullaba como un lobo enfurecido. Era común observar a Nabucodonosor alimentándose exclusivamente de hierbas durante largas temporadas.

En cambio, Cleomenes I de Esparta que vivió en el siglo VI a. de J.C., sufría ataques de agitación; fue aprisionado por sus oficiales, optando por el suicidio cortándose en porciones sus propias carnes.

De los emperadores romanos, Tiberio pudo vivir hasta los 78 años, a pesar de sufrir crisis persecutorias acentuadas. Permaneció los últimos años de su vida en la isla de Capri, arrojando a sus enemigos desde lo alto de

los peñascos. Distinta fue la suerte de Nerón, que padecía un delirio de grandeza, terminando al final de su vida, como un fugitivo, haciéndose degollar por uno de sus esclavos.

Aunque la Psiquiatría científica es fruto de poco más de un siglo, no podemos descartar aquí, los procedimientos primitivos que se utilizaron para el tratamiento y estudio de los enfermos mentales. Es bien conocido el hecho, de que se han encontrado cráneos trepanados desde épocas prehistóricas, sin que sepamos a ciencia cierta el objeto de dichas intervenciones quirúrgicas; no obstante, podemos inferir que al igual que en tiempos más recientes, pueden haber sido ejecutadas para curar enfermedades mentales.

La civilización egipcia de la que poseemos datos más precisos, daba un lugar predominante a los sacerdotes, quienes eran los encargados de todo tipo de curaciones, pues además de su capacidad para actuar como médicos, eran los representantes de los dioses. El más famoso de la antigüedad lo fue Imhotep, primer ministro del faraón Zoser, quien parece haber ascendido al trono en el año 2666 a. de J.C. Su talento debió ser tan grande que posteriormente lo divinizaron y fue el fundador de la escuela médica de Egipto. De esta institución salieron los sacerdotes que escribieron el papiro de Ebers, alrededor de 1500 a. de J.C. En este documento se hace alusión a la epilepsia, considerada como el "mal sagrado", por lo que se rendía cierta veneración al que padecía dicha enfermedad.

La medicina griega estaba basada en conceptos dogmáticos que sobrevivieron casi 2 mil años. La imagen legendaria de los terapeutas es Esculapio, quien aparece mencionado en la *Iliada* y se convierte en figura mitológica. Numerosos templos se fundaron en su honor, siendo los más famosos los situados en: Epidauro, Pergamo y Cos. Las técnicas curativas eran llevadas a cabo en medio de situaciones especiales y es interesante hacer notar aquí, que existían los "onirocríticos", o sea sacerdotes dedicados a la interpretación de los sueños, a los cuales se consideraba como curativos en sí mismos. Alejandro Magno aguardó a la traducción de un sueño suyo en relación con "un sátiro", para decidirse a ocupar la ciudad de Tiro en el año de 333 a. de J.C.

Los griegos daban enorme importancia a los rasgos temperamentales, los cuales al igual que los elementos de la naturaleza: tierra, aire, fuego y agua, eran cuatro: la sangre, la flema, la bilis negra y la amarilla. De ellos se derivaban cuatro caracteres esenciales: los sanguíneos, los flemáticos, los melancólicos y los coléricos.

La escuela de medicina griega había avanzado lo suficiente para establecer la diferencia entre los sentidos y la razón por la vía anatómica.

La importancia del cerebro fue reconocida desde el siglo VI a. de J.C. (exceptuando Aristóteles) y se hicieron intentos para conectar los órganos de los sentidos con el cerebro. La Fisiología era muy primitiva, pero se poseía la seguridad de que el alma percibe sensaciones visuales y auditivas. La idea de que esta última se encuentra separada del cuerpo y es capaz de una existencia por sí misma, proviene de tiempos remotos.

Aunque Platón estaba más interesado en los problemas del comportamiento moral, que en los de la conducta, resulta indudable que conocía a fondo las Ciencias Naturales. Una idea importante en su Filosofía es el concepto del "Eros", al que consideró como el impulso fundamental de la conación. Según Platón el "Eros" aparece en diversos niveles y representa: el valor, la agresividad, el amor a la verdad y hasta la belleza. Hipócrates (460-377 a. de J.C.), es considerado como el fundador de la medicina científica. En su libro *Pronósticos*, se presenta un concepto evolutivo de la enfermedad. Los síntomas no son estudiados, sino integrados en la historia del padecimiento. En cierta forma se puede afirmar que Hipócrates introduce la historia clínica, al seguir todo padecimiento día a día. Es el médico griego que primero utiliza los términos: agudo o crónico; exacerbación o resolución; acmé y paroxismo; crisis y convalecencia, que son en última instancia los momentos en los cuales va cambiando el ritmo de un padecimiento. Por lo tanto, la enfermedad es una secuencia de eventos en los cuales la crisis, marcará su solución hacia la salud o la muerte.

Es totalmente absurdo hablar de una Psiquiatría en la obra de Hipócrates, puesto que los desórdenes mentales eran hasta mediados del siglo XVIII, simples capítulos en los libros de medicina. Sin embargo, en sus escritos se mencionan tres enfermedades de la conciencia: 1. Las frenitis (desorden agudo acompañado de fiebre); 2. La manía (alteración mental con agitación), y 3. La melancolía (tristeza profunda y crónica).

Entre la variedad de padecimientos de tipo paroxístico, observados en la mujer, Hipócrates describe la histeria a la cual considera derivada de la emigración del útero a diferentes partes del cuerpo. La homosexualidad era vista por este autor con prejuicio y la llamaba: "enfermedad de los escitas", antiguos habitantes de Rusia.

La invasión macedónica de Asia Menor por Alejandro el Magno, dio lugar a la transformación de todo el oeste del Mediterráneo en un mundo griego. En la ciudad de Alejandría floreció en el siglo III a. de J.C. una importante escuela de anatomistas, entre los que destacaron: Erasístrato y Herófilo.

Los romanos no fundaron una escuela médica, sino que compilaron

los conocimientos existentes. Varios médicos sobresalieron, entre los cuales fue importante en el siglo I a. de J.C., Asclepiades, quien provenía de Bitinia. En sus escritos anticipó algunas ideas de la Psiquiatría moderna, como el diferenciar los delirios de las alucinaciones, hallazgo que no fue reconocido hasta el siglo XIX por Esquirol.

Asclepiades había estudiado en su juventud la retórica, pero pronto dirigió su interés hacia la medicina. Seguía las teorías del filósofo Demócrito, quien postulaba que el cuerpo humano se encuentra constituido por átomos y corpúsculos en continuo movimiento. De acuerdo con Asclepiades, la enfermedad no es más que la interrupción del movimiento armonioso y el tratamiento consiste en restaurar el equilibrio de las partículas. Para llegar a ello el médico romano utilizaba: el ejercicio, los baños, los masajes y los eméticos. Su terapia se basaba en proveer comodidad y balance a través de la música y la voz humana por medio de cantos. A veces creía que era curativo suspender al enfermo sobre su cama en el espacio. En el campo etiológico, pensaba que el origen de las alteraciones mentales proviene de la pasión de las sensaciones.

El médico más importante del mundo romano y que influyó de una manera definitiva hasta el siglo XVI fue Galeno (138-201 d. de J.C.), quien aunque griego por nacimiento, se convirtió en médico del emperador Marco Aurelio a la edad de 33 años. Puede decirse que Galeno se adelantó a Morgagni al relacionar los trastornos con los órganos. Su terminología y pensamiento no son del todo claros, dado que basaba sus ideas en la concepción aristotélica de los humores; puede decirse que Galeno fue un investigador nato. Realizó estudios anatómicos en animales y descubrió que las arterias contienen sangre y los nervios son tubos vacíos que encierran los espíritus animales. Las enfermedades son reducidas a alteraciones locomotoras de dicho espíritu. También describió la melancolía como un trastorno de los humores y realizó un estudio de la licantrópía.

Galeno basó su tratamiento en las hierbas y aplicaba la llamada "theriaca", cuyo principal ingrediente era el opio. Utilizaba esta terapia a los más diversos padecimientos: dolor de cabeza, vértigo, sordera, apoplejía, asma, epilepsia y aun determinados casos de lepra. En realidad, resulta difícil asegurar el éxito de cualquier tratamiento que se empleara, puesto que los médicos romanos se ocupaban en su mayoría, de las enfermedades mentales agudas y abandonaban a su suerte los cuadros crónicos o procesales.

Resulta imposible precisar la forma como se usaban las Psicoterapias en el mundo grecorromano, puesto que como afirma André Thomas: "La mayoría de las terapias eran basadas en las diferentes escuelas filosóficas." Por ejemplo, para los estoicos, de los cuales Séneca fue el principal repre-

sentante, lo más importante para el hombre es la percepción de la realidad interna, pues aunque sufra: la enfermedad, la corrupción, la tiranía o la muerte, el ser humano debe siempre permanecer tranquilo ante la adversidad y al mismo tiempo en armonía consigo mismo. Ese estado final al que debería llegarse era "la ataraxia" de los griegos, la cual se alcanzaba siguiendo un determinado esquema de vida. Muy diferente era la posición de los epicúreos, quienes creían firmemente en el materialismo, la búsqueda del placer y el goce.

No existe duda, de que el cristianismo que logró fuerza al final del siglo I; inició un cambio filosófico trascendental. Desde el punto de vista de la mente humana, la confesión y la introspección, dieron lugar a un abandono del hombre hacia un ser superior, que dictaba los conceptos del bien y del mal.

LA EDAD MEDIA

Las causas de la caída del imperio romano son complejas para el historiador. Sin embargo, entre las que se citan como más importantes lo son: la desintegración interna y la presión que las tribus bárbaras ejercían sobre sus fronteras. También se han citado las diferentes plagas y epidemias que causaron una mortalidad acentuada entre los siglos I y IV de nuestra era.

La ruina consiguiente provocó que Constantino dividiera el imperio, a partir del año 335, en dos estados. Uno de ellos tomó por capital a Constantinopla y consiguió sobrevivir varios siglos más, creando en esta ciudad un centro cultural en el que se conservó la tradición médica de Galeno.

Paulatinamente un nuevo pueblo se había fortalecido e hizo sentir su influencia desde el siglo VII de nuestra era. La invasión islámica creó un eje que se extendía desde Bagdad, El Cairo y Córdoba. En todas estas ciudades la ciencia médica fue desarrollada. Entre los clínicos se destacó Rhazes (865-925), nacido en Persia y el cual trabajó con los enfermos mentales. Escribió numerosos libros sobre el tema, la mayoría de los cuales se mantenían dentro de la línea hipocrática. Según Rhazes, tres son los elementos fundamentales del alma humana: vegetativo, animal y racional y de acuerdo con el predominio de uno de ellos, será observable el comportamiento del hombre.

Avicena (980-1037) fue reconocido como un niño prodigio, cuando a la edad de 10 años había memorizado *El Corán*. A los 20, era el médico de la corte del sultán y desde entonces se le consideró como uno de los clínicos más valiosos. Su *Canon de Medicina* fue el libro de texto más importante durante varios siglos.

El Hospital de Bagdad fue fundado en el año 1160 y constituyó un centro de tratamiento único, pues estaba construido con un lujo sorprendente. Posteriormente se erigieron clínicas similares en Damasco y El Cairo. Los destacados médicos Averroes y Maimónides, radicados en España, las fundaron en ese país. Desde el año 1365 existía un asilo para los enfermos mentales en Granada, cuya construcción inició Mohamed V, pero el de mayor importancia se levantó en Valencia en 1409. En el fondo los hospitales árabes eran superiores a los europeos de la época, aunque algunos de estos últimos, como el Hotel de Dieu en París, existiera desde el año 652.

Las escuelas de Medicina que conservaban la herencia de la tradición grecorromana, se extendieron por toda Europa. La más conocida fue la de Salerno, iniciada por Federico II en 1240, que otorgaba licencia para la práctica de la profesión por primera vez. Otras universidades significativas desde el siglo XIII fueron: Boloña, Montpellier, París y Oxford.

Las epidemias arrasaron a Europa en el siglo XIV creando una mortandad increíble y la desmoralización que produjeron, dio lugar a conductas sumamente grotescas. El movimiento de los "flagelantes", consistía en procesiones de hombres y mujeres que se golpeaban con látigos hasta dejarse heridas profundas, con el solo objeto de mover a Dios a compadecer sus sufrimientos.

Podría decirse que el cuadro típico de la medicina en la Edad Media es el de una casucha apartada, en la cual habita una mujer de edad avanzada experta en el manejo de las hierbas medicinales, astrología y la magia. En ocasiones, esta misma anciana atendía los partos, practicaba operaciones obstétricas y anunciaba fórmulas fabulosas de drogas infalibles.

LOS TIEMPOS MODERNOS

A partir del Renacimiento, el hombre comenzó a percibir la realidad como es y no como podría ser. Lo cual implica descubrimientos trascendentales en los campos de las artes y las ciencias. Estas últimas se vieron enriquecidas con la presencia de: Galileo, Copérnico, Kepler y Newton. La medicina a su vez, no se sustrajo a la revolución de los descubrimientos que agrandó el planeta en una tercera parte a partir del primer viaje de Cristóbal Colón en 1492. La Anatomía fue iniciada por Andreas Vesalio. La Cirugía con Ambrosio Paré y la Fisiología con los experimentos de William Harvey, quien en 1628 nos revela la circulación de la sangre.

Las aportaciones a la Psiquiatría que hasta este momento no habían sido una disciplina independiente, se van haciendo más significativas.

Robert Burton publica en Inglaterra *The Anatomy of Melancholy* en 1621 y en este libro describe las diversas formas que toma la tristeza. Al mismo tiempo que relaciona el suicidio con la melancolía y la culpa.

El alemán Ernst Stahl escribe su *Theoria Medica Vera* en 1707, en la que afirma que los cambios en los tejidos vivos son diferentes de los que observamos en los laboratorios, puesto que en los seres naturales el "ánima sensitiva" prevalece y gobierna al cuerpo. El alma, afirma Stahl, dirige todas las funciones fisiológicas, como la digestión y la respiración. Las enfermedades, no son sino procesos por los cuales el alma trata de destruir algo que la impide seguir operando normalmente. En cierta forma este autor se adelantó a los descubridores de la Medicina Psicosomática del siglo xx.

Johan Heinroth (1773-1843) con sus ideas sobre la libertad interna, creó un enfoque ético sobre el origen de las enfermedades mentales. Creía que la culpa es el factor fundamental de los desórdenes de la razón, adelantando el concepto de conciencia moral que Freud denomina *superyo* hasta 1923.

Según Lancelow Law Whyte, se puede seguir el desarrollo del inconsciente desde Descartes en 1649, Leibnitz 1666, hasta Freud 1895, aunque la nomenclatura que se utilizaba para este término, no era suficientemente exacta. Se podría decir que los filósofos poseían ideas psicológicas bastante profundas como se podría apreciar en los ensayos de Montaigne, que son una colección de pensamientos y principios que explican las características de la condición humana.

El psiquiatra más revolucionario del siglo xviii es Phillipe Pinel (1745-1826) quien había recibido su grado de médico en la Universidad de Toulouse, trasladándose a París en el año de 1778. El interés en la Psiquiatría de Pinel se inició al traducir el libro de Cullen *Institutions of Medicine* y también al psicotizarse un amigo que presentaba un delirio según el cual iba a ser devorado por unos lobos. En 1793 fue nombrado director del Hospital de Bicêtre. Es necesario recordar aquí, que la actitud reinante en la época hacia los enfermos mentales era la de encadenarlos en celdas inmundas. Lo primero que decidió Pinel, desde que ocupó su nuevo puesto, fue dejar en libertad y tratar a los pacientes en una forma humana. A pesar de su acción compasiva, el médico francés encontró la oposición del gobierno y fue llevado ante el "Bureau Centrale de la Commune" y afirmó: "Creo que los enfermos mentales no han podido ser tratados, porque han sido privados del aire fresco y de la libertad."

En realidad podemos afirmar que fue el primero que reconoció la importancia de la relación médico-paciente. Insistía en que el terapeuta

debía vivir con los enfermos para conocer su personalidad y seguir el curso del padecimiento.

En 1795, Pinel fue nombrado director del Hospital de la Salpêtrière, en donde continuó el sistema iniciado en Bicêtre. Enseñó varios años en la Universidad de París y dejó escritos tres volúmenes de *Nosographie Philosophique* publicados en 1798. En ellos clasificaba las enfermedades mentales dentro de 4 grupos: manía, melancolía, demencia e idiocia. En un libro posterior, *Traité Metaphilosophique sur la Manie* de 1801, puso énfasis en el estudio de los casos individualmente y en el tratamiento que denominaba moral.

Entre los sucesores de Pinel se encontraba Jean E.D. Esquirol (1772-1840) quien a partir de 1811, dirigió la Salpêtrière y estableció la enseñanza de la Psiquiatría. Los estudios de este psiquiatra demostraron que un gran número de pacientes habían sufrido experiencias dolorosas, entre las cuales describía: falta de amor, pérdidas económicas o conflictos con la sociedad. Como resultado de sus estudios clínicos, Esquirol clasificó las psicosis en 5 categorías diferentes: la lipemanía, o sea lo que llamaríamos la depresión, la monomanía que se reservaba para los individuos obsesionados por un solo pensamiento; la demencia para las condiciones procesales; la idiocia para los débiles mentales y la manía caracterizada por agitación y fuga de ideas.

Esquirol fue nombrado en 1826 director del Asilo de Charenton, en donde se interesó por los problemas médico-legales, llegando a sostener que todos los criminales padecían de monomanía.

Otros psiquiatras franceses destacados lo fueron: Jean P. Falret, Jacques J. Moreau y Benedict A. Morel, siendo a este último a quien se atribuye la primera descripción de lo que hoy en día conocemos como esquizofrenia.

Al mismo tiempo que la Psiquiatría se desarrollaba en Francia, los alemanes comenzaron a producir grandes figuras dentro de esta especialidad, con la ventaja de una vida universitaria más disciplinada. Por más de medio siglo Rudolf Virchow, dominó la medicina, demostrando que los signos físicos de una enfermedad, podían ser observados en los tejidos del cuerpo. De allí que la mayoría de los psiquiatras germanos, diestros en las técnicas de la patología, propagaran una escuela organicista basada en la idea de que todas las alteraciones de la mente, deberían presentar su consiguiente lesión cerebral.

El primer autor importante en el siglo XIX lo fue Wilhelm Griesinger (1817-1868) que puede ser considerado como el fundador de la Psiquiatría científica. Originalmente estudió medicina en Zürich y después de dos años con pacientes psicóticos, Griesinger publicó su *Patología y terapia*

de las enfermedades mentales en 1845, cuando apenas contaba con 28 años de edad. En este libro el punto de vista somático es sostenido de una manera absoluta, aunque a pesar de ello se puede registrar el aspecto psicológico, dado que el autor reconoció la importancia de la autoestima y podría decirse que se mostró contrario a cualquier tratamiento inhumano. La posición de Griesinger está dirigida básicamente a establecer el diagnóstico del enfermo y evitar cualquier tipo de especulación utilizando tratamientos somáticos.

El psiquiatra germano llegó a provocar polémicas por su posición tenaz y vehemente. Para dar un ejemplo, durante la controversia acerca de la parálisis progresiva de 1857 entre Esmach y Jessen, Griesinger se opuso a aceptar que la enfermedad era producida por la sífilis y para ello aseguró que la parálisis era más frecuente en hombres que en las mujeres, debido a que estos últimos estaban más expuestos a los excesos del alcohol, los cigarrillos y el café negro. Después de semejante aseveración, los contrincantes tuvieron que cesar la discusión dada la posición autoritaria del profesor.

Sin embargo, Griesinger fue uno de los primeros en realizar una descripción de los cuadros clínicos y propugnó por la investigación en un campo hasta entonces casi abandonado.

Emil Kraepelin (1856-1926) constituye el autor de la clasificación más importante de los cuadros psiquiátricos que se ha hecho hasta la fecha. Nacido en Neustrelitz (Mecklenburg). Estudió Medicina en Würzburg y Munich. Al terminar trabajó algunos años en el laboratorio de Psicología de Wilhelm Wundt y desde 1891 hasta 1903 fue profesor de Psiquiatría en Heidelberg, convirtiendo esta universidad en el principal centro para el estudio de las enfermedades mentales del mundo.

En su labor, Kraepelin utilizaba el método experimental que había adquirido de Wundt para el estudio de la Psicopatología. Fue el primero en interesarse por el efecto de las drogas sobre los procesos mentales. Asimismo, observó las respuestas fisiológicas que provocaban: la sorpresa, la atención y la fatiga.

Sin embargo, los trabajos que le dieron fama son los de clasificar las enfermedades mentales, lo cual no parece haber sido modificado a pesar de los años transcurridos. La *Psiquiatría* de Kraepelin, comenzó a publicarse a partir de 1883 y llegó a la novena edición un año antes de su muerte. Puede decirse que se aplican en ella las ciencias naturales a la Psiquiatría al examinar cientos de casos y agruparlos en entidades nosológicas. Kraepelin fue el primero en integrar las diversas formas de demencia precoz que habían sido descritas y reunir las dentro de una sola

entidad a partir de 1893. El autor pensaba que la enfermedad era debida a una lesión orgánica del cerebro.

Las críticas que se podrían hacer a la Psiquiatría kraepeliniana son: el ignorar las variaciones individuales y haber hecho demasiado énfasis en el aspecto diagnóstico, descuidando el elemento dinámico. Zilboorg nos dice: "Redujo al hombre a un sistema de órganos y la enfermedad mental a un proceso, con un curso predestinado."

De cualquier manera, a partir de Kraepelin el interés de los médicos alemanes por las alteraciones de la razón se incrementó, de tal modo que en 1917 se fundó en Munich un Instituto para la investigación en Psiquiatría.

Otros autores germanos importantes fueron Karl Ludwig Kahlbaum (1828-1899) quien fue el primero en describir la catatonía. Un discípulo del anterior, Ewald Hecker, introdujo en 1871 la hebefrenia. Krafft Ebbing (1840-1902) escribió el primer tratado de Sexología. Karl Westphal investigó las fobias y obsesiones. El último de los grandes alienistas alemanes lo fue Oskar Bumke quien publicó a partir de 1917 un magnífico *Tratado de Psiquiatría*.

En Inglaterra la contribución más original a la nueva ciencia fue hecha por Henry Maudsley quien en 1867 editó *The Physiology and Pathology of the Mind*, con capítulos acerca del inconsciente y la posibilidad de explorar la mente a través de él.

Habría que mencionar aquí los maestros de Freud: Theodore Meynert (1833-1892), pensador sumamente original quien introdujo en cierta forma el concepto del *yo*. Sugiriendo que éste se derivaba de las sensaciones de la primera infancia, a través de tocarse a uno mismo o tocar a otro ser, con lo cual se establecía el concepto: soy o no soy. Para Meynert la corteza cerebral era la estación de comando del *yo*, donde los impulsos de la periferia serían recibidos y hechos conscientes, cuando las fibras nerviosas proyectaran el cuadro del mundo a los hemisferios cerebrales. Creía asimismo, que porciones de la corteza estaban interconectadas por fibras de asociación que no tendrían conexión con la periferia y que producirían el pensamiento.

Jean Martin Charcot (1825-1893) fue un brillante neurólogo francés de pensamiento sumamente lúcido y lógico. Alcanzó fama por sus trabajos sobre la histeria, convirtiendo el hipnotismo en algo respetable. Charcot poseía un gran talento artístico, el cual se percibía en sus lecciones de los martes y viernes a las que asistió Sigmund Freud.

Es curioso señalar que el gran neurólogo era contrario a la experimentación sobre animales y había mandado escribir sobre la puerta de su

despacho una inscripción que decía: *Vous ne trouverez pas une clinique des chiens chez moi* (No encontraréis una clínica de perros aquí).

FREUD Y EL PSICOANÁLISIS

El descubrimiento del Psicoanálisis fue visto al iniciar este libro y las principales teorías del mismo serán revisadas sucesivamente. Baste decir aquí que Sigmund Freud nació en Freiburg en 1856, cuando esta ciudad pertenecía al Imperio Austro-Húngaro y que a la edad de 4 años la familia se trasladó a Viena. Obtuvo su grado de médico en 1881 y a partir de entonces permaneció como residente en el Hospital General y posteriormente estudió bajo Ernst Brücke, Neuropatología.

Después de los trabajos sobre la histeria que abarcan desde 1892 hasta 1895, Freud descubre el Psicoanálisis y comienza a profundizar en la nueva ciencia. En 1900 publica su libro *La interpretación de los sueños*, en el cual demuestra que los procesos oníricos constituyen la expresión de los deseos que emanan del inconsciente. El libro no despertó mayor sensación, pero causó interés en los círculos psiquiátricos. En 1902, Freud invita a diferentes alumnos y colegas, incluyendo a W. Steckel y A. Adler a discutir sus teorías y se forma el "Grupo Psicológico de los miércoles" que posteriormente queda transformado en "Sociedad Psicoanalítica de Viena".

En 1904, Freud publica *La Psicopatología de la vida cotidiana*, que documenta el concepto del determinismo psíquico. Cualquier acto fallido u olvido tienen un factor inconsciente que los provoca. Este trabajo fue recibido con interés por la mayoría de los médicos y críticos vieneses y constituye probablemente el libro más aceptado del creador del Psicoanálisis. Fue seguido por *Tres ensayos sobre la Teoría de la sexualidad* (1905) que produjo fuertes protestas y despertó un ambiente de polémica. En esta obra, Freud desarrolla su teoría sexual y puntualiza que las perversiones de los adultos, no son sino distorsiones de las expresiones sexuales de los niños.

A pesar de la reacción adversa que obtuvo, otros dos volúmenes aparecieron publicados en el mismo año. Ellos fueron: *El chiste y su relación con el inconsciente* y *El Caso Dora*, en este último, Freud ilustra el uso de los sueños en la terapia psicoanalítica, pero es más significativo por el descubrimiento de la transferencia, que se convierte a partir de aquí, en un arma terapéutica fundamental. Es por esta época que se unen al Psicoanálisis como movimiento, un grupo de colegas provenientes de otras partes del mundo: Ernest Jones de Inglaterra, Carl Jung y Eugene Bleuler

de Suiza, Sándor Ferenczi de Hungría y Karl Abraham de Alemania. En 1908, Freud atrae a 42 médicos al primer Congreso Psicoanalítico que tiene lugar en Salzburgo. Durante 1909 es invitado junto con algunos de los psicoterapeutas más connotados, por Stanley Clark a una serie de conferencias en Clark University, E.U.A.

Entre 1911 y 1914 tres miembros importantes se separan de Freud, por razones teóricas y personales. Ellos son: Adler, Stekel y Jung, quienes fundan sus propios grupos. Motivado por estas separaciones en 1914 publica la *Historia del movimiento Psicoanalítico*, para defender sus doctrinas y se funda una firma para la publicación de los escritos de la ciencia recién iniciada. La casa edita obras de Freud dedicadas al tema como: *Caso Schreber* (1911), *Trabajos sobre técnica* (1911-1914) o sobre Meta-psicología (1910-1920); así como estudios de aplicación del Psicoanálisis, por ejemplo: *Leonardo da Vinci* (1910), *Totem y Tabú* (1913) y *Pensamientos sobre los tiempos de Guerra y Muerte* (1915).

Debido a la conflagración mundial que ha devastado a Europa, Freud introduce el concepto del instinto de muerte en 1920 con la publicación de *Más allá del principio del placer*. En este libro mantiene que el hombre es gobernado por el principio del placer, pero al mismo tiempo no puede abandonar la compulsión a la repetición. Esta idea llevó a Freud, al extremo de afirmar que el objeto de la existencia es reducir la vida al estado prevital inorgánico. La realidad es interpretada como una lucha entre dos fuerzas opuestas, el eros o el instinto de vida y el thanatos de muerte. Asimismo atribuyó la inhumanidad y la crueldad a la expresión del impulso agresivo, que no es sino una representación del instinto de muerte. Las nuevas teorías obtuvieron, como afirma Jones: "una reacción dividida entre los analistas, Alexander y Ferenczi la aceptaron inmediatamente. Otros se mostraron escépticos y no brindaron apoyo a la idea."

En *El yo y el ello*, Freud presenta el punto de vista estructural de la mente humana. La división de consciente, preconsciente e inconsciente es modificada hacia una nueva teoría en la cual figura: el *ello*, el *yo* y el *superyo*. Las ventajas de este nuevo enfoque son múltiples. Una de ellas es la aparición de la conciencia moral y sus demandas.

A partir de este libro se inicia la escuela que estudia la Psicología del *yo*. De la cual surgen los representantes más importantes del Psicoanálisis actual.

Heinz Hartman, quien postula que el *yo* no es un simple mediador, sino que se pueden determinar sus funciones y observar su significación en la adaptación humana. Anna Freud y Renée Spitz con sus investigaciones sobre el desarrollo del niño. Erik Erikson con sus estudios sobre

la identidad y Arlow y Brenner, que demuestran las ventajas de la teoría estructural.

Al mismo tiempo los conceptos iniciados por Freud, han provocado especulaciones sobre las fases tempranas del desarrollo del yo y de aquí ha surgido la escuela inglesa encabezada por Melanie Klein y Ronald Fairbairn que dan mayor trascendencia a las relaciones objetales.

Volviendo a los años finales de la vida de Freud podríamos decir que en 1923 también publica *Inhibición, síntoma y angustia* y una nueva teoría sobre el origen de la ansiedad, que modifica la original proveniente de 1896.

Los últimos artículos del genio vienés se dirigen a aspectos sociales y antropológicos. En 1929 publica *El futuro de una ilusión*, en el que atribuye las religiones a los temores del ser humano ante su propia muerte. En el mismo año escribe *El malestar de la cultura*, donde muestra las dificultades de la vida instintiva frente a la sociedad. La obra *Moisés y monoteísmo* de 1938 fue redactada durante la persecución nazi y en ella, Freud resulta nuevamente criticado, ahora por los círculos judíos, debido a que asegura que Moisés fue un egipcio, que tomó la idea del monoteísmo del faraón Ikhnaton. El patriarca habría sido asesinado debido a un levantamiento, las bases del cual partirían de un parricidio.

En ese mismo año Freud escribe un excelente resumen de todas sus ideas en *Esquema del Psicoanálisis* y un artículo póstumo sobre Filosofía de la cura: *Análisis terminable e interminable*.

Desde 1923, el creador del Psicoanálisis tenía una lesión cancerosa en el maxilar, por la cual sufrió 33 intervenciones quirúrgicas. A pesar de los espantosos dolores, Freud trabajó hasta un mes antes de su muerte, que ocurrió en Londres el 23 de septiembre de 1939.

BIBLIOGRAFÍA

- ALEXANDER, F., EISENSTEIN, S. y GROTHJAHN, M. *Psychoanalytic Pioneers*. Basic Books. New York, 1966.
- ALEXANDER, F. y SELESNICK, S. *The History of Psychiatry*. Mentor Book. New York, 1966.
- ALLISON, G. *The Intuitive Psychoanalytic Perspective of Galdós in Fortunata and Jacinta*. Inter. J. Psycho. Anal. 55: 303-343. 1974.
- ALTSCHULE, M. *The Development of Traditional Psychopathology*. Halsted Press Book. 1976.
- ANZIEU, D. *L'Auto-Analyse*. Presses Universitaires de France. París, 1959.
- BRACELAND, F. *Kraepelin-His System and his Influence*. Amer. J. Psychiat. 113: 870-872. 1956.

- CAMERON, N. *The Psychology of Behavior Disorders*. Houghton Mifflin, 1947.
- DENNIS, W. *Readings in the History of Psychology*. Appleton Century Crofts. New York, 1948.
- DURANT, W. *The Story of Civilization*. Simon Schuster. 11 vols. New York, 1954-1976.
- EDELSTEIN, L. *The Development of Greek Anatomy*. Bull Hist. Med. 3: 235-248. 1935.
- ELLENBERGER, H. *Psychiatry from Ancient to Modern Times in American Handbook of Psychiatry*. Basic Books. Vol. 1. New York, 1974.
- EY, H., BERNARD, P. y BRISSET, CH. *Tratado de Psiquiatria*. Toray Masson. Barcelona, 1975.
- FREUD, S. *The Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. Standard Edition. The Hogarth Press. 24 vols. London, 1966.
- GOLDENSON, R. *The Encyclopedia of Human Behavior*. Doubleday. 2 vols. New York, 1970.
- HAYMAKER, W. *The Founders of Neurology*. Ch. Thomas. Springfield, 1949.
- HENDERSON, D. y CILLESPIE, R. *A Text-Book of Psychiatry*. Oxford University Press. 1956.
- JONES, E. *Sigmund Freud. Life and Work*. The Hogarth Press. 3 vols. London, 1956.
- KRISS, E., BONAPARTE, M. y FREUD, A. *La Naissance de la Psychoanalyse. Lettres a W. Fliess (1887-1902)*. Presses Universitaires de France. París, 1956.
- MANNONI, O. *Freud. Ecrivains de toujours*. París, 1970.
- MARGOTTA, R. *An Illustrated History of Medicine*. P. Hamlyn. London, 1968.
- RIESE, W. *Philippe Pinel. His Views on Human Nature and Disease. His Medical Thought*. J. New Ment. Dis. 114: 313-323. 1951.
- RIESE, W. *An Outline of a History of Ideas in Psychotherapy*. Bull. Hist. Med. 25: 442-456. 1951.
- RIESE, W. *The Conception of Disease*. Philosophical Library. New York, 1953.
- SERVANTIE, A., BERUT, M. y BERNARD, A. *Normal et Pathologie*. Editions Universitaires. París, 1972.
- SIGERIST, H. *Civilization and Disease*. Cornell University Press. New York, 1943.
- THOMAS, A. *Psychothérapie*. Bailliere. París, 1912.
- WAELEDER, R. *El pensamiento vivo de Freud*. Losada. Buenos Aires, 1965.
- WHYTE, L. *The Unconscious before Freud*. Basic Books. New York, 1960.
- WOLHEIM, R. *Freud*. Fontana. London, 1971.
- ZILBOORG, G. y HENRY, G. *Historia de la Psicología Médica*. Librería Hachette. Buenos Aires, 1941.

CAPÍTULO II

LA TEORÍA DE LA MENTE HUMANA

Todos los animales nacen con un equipo biológico que les permite vivir, crecer, combatir los peligros y tratar de asegurar su bienestar. El hombre posee además una capacidad intelectual con la que puede preguntarse acerca de las situaciones que le rodean y encontrar una explicación sobre las mismas. Ciertamente, que en algunas especies zoológicas podemos observar reacciones inteligentes ante determinadas situaciones, pero carecemos de la capacidad para precisar lo que sucede dentro de las conciencias de los animales.

Los seres humanos son hábiles para soportar y mejorar el medio ambiente, además poseen el talento para relacionar el presente con el pasado, proyectándose hacia el futuro a través del pensamiento causal. Podríamos asegurar que en el momento en que adquirió este poder, el hombre se convirtió en un ser racional.

NECESIDAD Y SATISFACCIÓN

La personalidad debe ser siempre estudiada, como el producto de la interacción entre el organismo humano y el ambiente en el cual convive. Se diría que el fenómeno mental no es sino el resultado de la interacción dinámica de dos fuerzas: las necesidades biológicas y las contrafuerzas que el medio ambiente opone a ellas.

El primer elemento a definir por lo tanto, es el concepto de necesidad, que no es más que cualquier condición inestable o alteración del equilibrio existente. Ello se expresa como una forma de actividad o de tensión.

La necesidad puede ser simplemente una variación entre el organismo y el medio ambiente. Por ejemplo: un cambio de temperatura o una alteración del metabolismo del cuerpo. También lo es el hambre o la sed. En los seres humanos las necesidades pueden manifestarse de una manera indirecta, o simbólica como sucede con el pensamiento o el habla.

A la terminación de una necesidad se le denomina satisfacción. Cuando ésta ocurre de una forma inmediata como al ingerir alimento para restablecer el desequilibrio causado por el hambre, la llamamos satisfacción directa. Sin embargo, si una necesidad específica es terminada a través de un cambio de actividad o por una sustitución, hablamos de satisfacción indirecta. Bajo las condiciones en las cuales tiene lugar la vida humana con sus tradiciones culturales y reglas que la sociedad impone, las formas indirectas de solucionar las necesidades adquieren una gran importancia y crean en determinadas circunstancias, las reacciones anormales de la conducta.

Las necesidades insatisfechas comienzan a aparecer desde el momento del nacimiento. Podría pensarse que este acontecimiento representa el primer instante en que experimentamos desengaños, debido a que durante nuestra estancia en el útero, éste suministra satisfacción inmediata a todas nuestras necesidades. El recién nacido tiene que sufrir un retardo ante cualquier impulso que sienta y a partir de este momento, los padres controlarán sus necesidades, mostrándole paulatinamente las diferentes regulaciones que la sociedad impone. En otras palabras, la inhabilidad temprana del ser humano para satisfacer sus necesidades básicas, constituye una de las condiciones más significativas para el desarrollo de la socialización progresiva.

El niño va recibiendo información de aquello que constituye el bien y el mal. Esto lo va aprendiendo de las reglas que la comunidad ha establecido acerca de: comer, beber, eliminar, limpieza del cuerpo y prohibiciones contra los intereses eróticos. Se denomina ética visceral a lo aceptado por los padres en este terreno. Sabemos a partir de las aportaciones de Sigmund Freud que un buen número de anormalidades de la conducta surgen de los defectos de esta educación, como por ejemplo: la necesidad compulsiva de lavarse las manos, las actitudes hipocondríacas en relación a la función gástrica, las características obsesivo-compulsivas de los individuos anales y aun la frigidez y la impotencia, como derivadas de la culpa y la repulsión.

EL HAMBRE Y LA SED

Las necesidades biológicas que no requieren más que alimentos o fluidos como el hambre y la sed para su satisfacción; no constituyen elementos significativos que provoquen reacciones psicológicas anormales. Sin embargo, dentro de la sociedad en que vivimos, la satisfacción de estas necesidades nos lleva a relaciones interpersonales de gran trascendencia. La alimentación de un niño es guiada por la madre a través de un contacto

íntimo. En esta relación se establecen vínculos fundamentales de aceptación o rechazo y de afecto o rencor.

Durante el resto de nuestras vidas, los alimentos y bebidas constituyen los medios fundamentales para que los seres humanos establezcan relaciones sociales. Normalmente solemos comer y beber para celebrar todos nuestros éxitos y festividades.

LAS NECESIDADES SEXUALES

Como examinamos en el capítulo anterior, Freud atribuyó una gran importancia al sexo y su relación en la conducta patológica. Ciertas peculiaridades de la función sexual demuestran su trascendencia en el desarrollo humano. En primer lugar habría que citar que la satisfacción de esta necesidad en una forma directa, puede ser retardada por largos periodos o aun permanentemente sin que sobrevenga la muerte. Es por ello, que el sexo puede ser regulado y restringido en un grado que no se conseguiría en el caso del hambre o la sed. Es más, todos sabemos que el acto sexual es imposible de llevarse a cabo desde el punto de vista biológico, durante los años de nuestra infancia.

La relación heterosexual adulta necesita de un elemento de madurez y puede pensarse que para su satisfacción, requiere de cierta reciprocidad entre dos seres. También precisa de una demostración por parte del varón de su capacidad para mantener una erección, aspecto que revisaremos en el capítulo iv.

La sociedad muestra en la mayoría de las culturas una actitud prohibitiva a las actividades sexuales en la infancia y lleva esta postura al extremo de impedir las discusiones de este tema entre adultos y niños. Todos estamos alertas de las dificultades que observamos en general para aceptar la curiosidad sexual de los menores de edad.

La etapa de la adolescencia que es preparatoria para la madurez sexual provoca problemas incomprensibles en nosotros. El adolescente cuenta con un cuerpo biológicamente apto para la sexualidad, pero lo cierto es, que aunque ya posee el equipo biológico su mente no ha alcanzado el desarrollo suficiente para llevarlo a cabo. Shakespeare percibía este problema cuando hacía que el adolescente Hamlet se preguntara: "Ser o no ser."

Las necesidades sexuales y su satisfacción sufren modificaciones en el mundo adulto, bajo la influencia del medio social en que se vive. Parece ser la expectación de la comunidad, que los impulsos sean dirigidos hacia el matrimonio y la formación de la familia. Cuando el ser humano se opone a esta situación, siente una falta de reconocimiento o sufre el pre-

juicio de la gente, por no atenerse a los ideales sociales o religiosos. El matrimonio y la descendencia derivada de él, son en cierta forma bases del sistema socio-económico y por ello, las necesidades sexuales que ya en la vida adulta, pueden ser resueltas de una manera directa, se convierten en problemas con elementos: sociales, económicos y aun éticos y religiosos.

Véase que hasta este momento y a lo largo del capítulo he evitado utilizar la palabra instinto para referirme a los fenómenos elementales de la conducta humana. En realidad, la palabra instinto es una mala traducción del término que Freud empleó y que es: "Trieb", el cual en alemán se refiere a un impulso que es influido por el medio ambiente y no a una fuerza biológica heredada que es rígida en su acción.

Es posible, que como Ronald Fletcher nos ha hecho notar, algunas de las contribuciones del Psicoanálisis al terreno de los instintos humanos sean positivas, como sucede con la idea de Freud de estudiar al impulso desde el punto de vista de su: fuente, dirección, fuerza y objeto. La fuente en última instancia sería de origen físico-químico, la fuerza representaría la cantidad de energía utilizada. La dirección estaría constituida por la búsqueda de una meta, o sea su solución; siendo el objeto el elemento del mundo externo que proporciona la satisfacción del instinto.

Todo el enlace resulta claro y puede ser utilizado aun por los etólogos más exigentes. Sin embargo, este mismo autor se muestra opuesto a la clasificación iniciada por Freud, de dividir los instintos en dos grupos fundamentales: los derivados del Eros o de la vida y aquellos que parten del Thanatos o de muerte.

Las circunstancias en que se escribió *Más allá del principio del placer* en 1920, fueron originadas por la Guerra Mundial de 1914-1918. Por medio de este libro, Freud había decidido profundizar sobre la naturaleza de la vida y de la muerte. Esta fue la única obra del genio vienés, que como dice Jones, "produjo de inmediato división de opiniones, aun entre los fervientes seguidores del Psicoanálisis. De los 50 trabajos publicados en la época solamente la mitad estaban de acuerdo con el concepto. En la siguiente década sólo un tercio y en la última ninguno".

Varias críticas podrían ser iniciadas en relación a los instintos de vida y de muerte. La primera partiría de la amplitud de ambos. Los biólogos, entre ellos Luther Bernard, han censurado la inespecificidad de esta clasificación. Por ejemplo, en el instinto maternal observamos: el afecto de la madre, el tomar al niño en los brazos, arrullarlo, besarlo, acariciarlo, etc. Es decir, un sinnúmero de respuestas por parte de una madre, que constituyen un acto tal vez instintivo, pero de ninguna manera una forma definida en la conducta, sino cientos de mecanismos concretos que han

sido agrupados para desarrollar una acción, o tal vez unificados por la similitud de su función. Cada uno de ellos puede, en sí mismo, recibir la denominación de instinto. Sin embargo, el conjunto no funciona como una entidad, sino que inferimos un símbolo para expresar un acto de conducta de la madre hacia un hijo y lo llamamos instintivo.

Otra de las críticas más severas hechas a Freud en relación al instinto de muerte proviene de numerosos biólogos que sostienen que el acto instintivo es una fuerza específica heredada, que se acompaña de un estímulo interno o externo y que desata una respuesta para la adaptación. Es por lo tanto difícil aceptar un impulso que nos llevaría hacia la muerte como una respuesta para ajustarnos al medio que nos rodea.

Aunque estemos de acuerdo con la idea de que toda la materia tiende a su disolución, resulta casi imposible localizar la forma muda bajo la cual esta fuerza actuaría en la mente o en las células del cuerpo. Es difícil aceptar esta función destructiva operando de una manera silenciosa. Freud creyó descubrir ciertos signos en la crueldad de la vida y en la existencia de una agresión primaria desde el nacimiento. No obstante, aun cuando ello sea observable en los seres humanos, resulta complicado percibir esta forma de agresión en los vegetales y en determinados mamíferos, como los borregos o las vacas. Tampoco podemos reconocer tal cosa en el mundo microscópico. Cuando las bacterias o los virus matan a los seres humanos, difícilmente podemos suponer que hayan concebido el infortunado accidente, buscando su propio fin.

Además al proponer Freud un concepto de esta naturaleza, coloca al ser humano en una posición sin escapatoria. Podría decirse que aceptar un instinto de muerte implica una falta de solución total a los problemas socioeconómicos de nuestro mundo. El hombre será siempre cruel y egoísta y nunca existiría cambio posible, aunque variemos las condiciones de vida hacia una sociedad más justa. Tal vez, este enfoque pesimista de Freud puede ser defendido en otro sentido, sin utilizar el instinto como elemento de apoyo, sino el aspecto estructural y del desarrollo. Todos sabemos que aunque la sociedad se transforme en socialista, los elementos que la componen tendrán forzosamente que tener fijaciones: orales, anales y fálicas, a semejanza de las naciones capitalistas.

FRUSTRACIÓN Y CONFLICTO

Entendemos por frustración, cuando una necesidad es impedida para alcanzar su satisfacción. Durante todas las fases del desarrollo, el ser humano se encuentra inevitablemente con un sinnúmero de frustraciones.

Siempre que una necesidad surja encontrará cierto retardo para alcanzar su satisfacción. Cada uno de nosotros desde la infancia, adquirimos técnicas de ajuste para sobrellevar, evadir o nulificar, las dificultades que nuestros impulsos encuentran. Sin embargo, podríamos decir, que los individuos muestran marcadas diferencias en las formas como se adaptan ante la frustración. Ello lo observamos en los distintos mecanismos defensivos que utilizamos, o en lo que podemos denominar tolerancia a la frustración.

En la infancia temprana la forma más común en que ésta se presenta es el retardo. El equipo biológico inadecuado con el que un niño nace, no le permite satisfacer sus necesidades sin la presencia de la madre o una persona sustitutiva. A medida que crecemos y adquirimos mayor fuerza y técnicas más agresivas una nueva forma de frustración se va incrementando, a la que podríamos denominar: contradicción. Es decir, las debilidades infantiles e incompetencias se enfrentan contra los obstáculos que intencionadamente o sin intención alguna, se presentan ante nuestras metas; lo cual contribuye a una actitud para contrarrestarlas, actuando de una manera opuesta. Cuando adquirimos el pensamiento y el lenguaje, las necesidades se incrementan y es entonces cuando surgen otras obstrucciones que podríamos llamar simbólicas: prohibiciones verbales, signos y reglas que impone la sociedad para coartar nuestros impulsos. Es así, que aun en la adolescencia o en la vida adulta, nuestro nivel aspirativo, casi siempre se encuentra frustrado, no importa cuáles sean nuestras habilidades.

La tercera forma de frustración es el conflicto, por el que debemos entender la interferencia de reacciones competitivas en nuestro pensamiento. Esta interferencia previene que nuestra conducta motivada se desarrolle adecuadamente y llegue a consumarse. Las reacciones competitivas pueden ser abiertas o cubiertas y ocasionar cambios antagónicos de tensión muscular. También un conflicto puede ser concebido simplemente como un cambio en una acción potencialmente efectuable. Los conflictos son una fuente común de patología. En las fobias podemos observar la existencia de una tentación y una reacción que impide la terminación de un acto de conducta. En los obsesivos observamos constantemente, la existencia de actitudes aparentemente afectivas y simultáneamente la hostilidad subyacente.

Los conflictos más difíciles de disminuir, son los recurrentes que inician la mayoría de las neurosis o psicosis. El conflicto recurrente significa estados de tensión, inhabilidad para conciliar el sueño, dificultad para aceptar la diversión o el entretenimiento e incapacidad para estable-

cer relaciones interpersonales. Éstas casi siempre llevan a las formas severas de fobia y depresión y condicionan el desarrollo de rituales compulsivos o alteraciones psicosomáticas.

LOS CONFLICTOS CONSCIENTES E INCONSCIENTES

Un conflicto es consciente cuando es claramente identificado por la persona que lo sufre. Se dice que es inconsciente cuando puede ser inferido o identificado por otra persona, pero no por aquella que lo padece. Es de suponer que existen todo tipo de gradaciones entre estos dos extremos. Freud fue el primero en darse cuenta que los conflictos inconscientes, son distintos de los conscientes y los localizó en una región hipotética de la mente humana.

Una persona que conoce su conflicto puede compartirlo con otra o bien guardárselo como un secreto, pero siempre será capaz de formularlo a sí misma o a alguien más. El que sea accesible no hace que el conflicto no produzca repercusiones patológicas, es decir, aunque éste pueda ser identificado correctamente, no necesariamente desaparecerá de la mente de un individuo.

Sin embargo, el Psicoanálisis ha hecho más hincapié en aquellos conflictos que no son accesibles a la persona que los padece. El conocer su origen, fuerza y consecuencias, ha constituido el elemento fundamental de toda la investigación en Psicología profunda. Las razones para que los conflictos no sean alcanzables por la mente consciente son:

1. Permanecen en el inconsciente por temor al castigo. En un principio la amenaza puede provenir de los padres, pero a medida que la vida se desarrolla, una entidad especial se va formando en nosotros mismos que amenaza nuestras acciones (superyo).
2. Un conflicto no se vuelve cercano a la conciencia, porque existen factores emocionales enlazados con él. La intensidad afectiva ligada con determinadas situaciones nos obliga a reprimir el suceso.
3. Tampoco pueden recordarse las fantasías que acompañaban a una situación determinada por el dolor que producían, lo cual ocasiona una represión del acontecimiento.
4. En el momento en que sucedió no pudo formularse el conflicto, con un lenguaje que nos permitiera su análisis. Casi siempre cualquier persona por más inteligente y capaz que sea, fallará en algún sentido en reconocer alguno de los factores significativos presentes.

Una idea básica en Psicología es que la conducta está motivada. Esto quiere decir que en cualquier acto del ser humano, se pueden analizar e

identificar los factores que lo determinaron. A estos últimos les llamamos motivos. En la mayoría de los casos podemos pensar que no fueron accesibles al individuo, es decir, permanecieron inconscientes.

TOPOGRAFÍA DE LA MENTE HUMANA

El concepto de la existencia de los procesos mentales inconscientes es fundamental en la teoría psicoanalítica. Freud insistió en su importancia y combatió con denuedo todas las objeciones que se le hacían. Su interés en el punto era esencial, dado que sin una topografía de la mente, era imposible explicarse la variedad de fenómenos que se le presentaban.

Desde los trabajos sobre la histeria que abarcan a partir de 1893 hasta 1895, las ideas de Freud sobre una división de la mente quedaban establecidas. Sin embargo, en donde el tema cobró mayor importancia fue en *La interpretación de los sueños* en 1900. Aun con la llegada de la teoría estructural en *El yo y el ello* de 1923, la dinámica del inconsciente como depósito de la energía seguía presente.

El inconsciente es definido, como la parte de la vida mental que nunca estuvo en la consciencia, o bien, si alguna vez fue consciente, ha sido reprimida. Ello implica un concepto dinámico, puesto que los impulsos inconscientes están continuamente luchando por su expresión consciente. Sus efectos pueden ser más intensos que aquellos de la mente consciente y pueden definitivamente alterar las ideas, las emociones y aun las condiciones somáticas, aunque el individuo no se dé cuenta de su influencia.

Las razones que encontró Freud para detectar el inconsciente fueron:

1. La evidencia de los sueños y el descubrimiento de su significado utilizando el contenido latente.
2. El descubrimiento de los elementos encubiertos en los actos fallidos, errores del lenguaje y el efecto de los chistes.
3. El hecho de que ciertas ideas súbitamente aparecen en nuestra mente de alguna parte profunda y que a través de ellas podamos resolver determinados problemas, aun sin darnos cuenta.
4. La enormidad de los pensamientos latentes en comparación con aquellos que son manifiestos o conscientes.
5. La posibilidad de que a través de la técnica psicoanalítica varios síntomas mentales y físicos, demuestran sus fundamentos en una parte escondida de nuestro psiquismo.
6. La situación hipnótica, que por medio de la parálisis de los nervios oculomotores nos permite llevar a cabo sugestiones profundamente inconscientes.

Freud decidió describir a partir de 1915, en su trabajo metapsicológico sobre "el Inconsciente", los siguientes atributos o características:

1. Que los deseos basados en los impulsos residen en el inconsciente y existen independientes los unos de los otros. En las propias palabras de Freud: "están exentos de mutua contradicción". Cuando dos deseos con miras incompatibles aparecen al mismo tiempo, se combinan entre ellos y se dirigen en un compromiso hacia su fin.

2. Los procesos inconscientes carecen de tiempo. No tienen secuencia temporal.

3. Dentro del sistema inconsciente no existe la negación, ni la duda, ni siquiera grados de certidumbre.

4. La realidad externa no influye sobre el inconsciente. Todos los procesos son seguidos por su propia fuerza y van de acuerdo con el principio del placer, es decir, buscan el goce y evitan el dolor. Podría pensarse que carecen de una moral determinada.

5. La energía que pertenece al inconsciente es más móvil que la que corresponde al preconscious o al consciente. Esta actividad que flota libremente forma el proceso primario, que nunca es afectado por las demandas de la realidad, del tiempo o del espacio y del orden o la lógica. Puede fácilmente: desdoblarse, condensarse o desplazarse, buscando su descarga.

En lo que respecta a su contenido, Freud muestra una actitud especulativa. Habla de las fantasías primarias y de las experiencias filogenéticas.

Tal vez existan algunas ideas primitivas que representan impulsos y aun trazas de emociones de origen inconsciente.

Es frecuente que se hable de: amor, culpa o angustia de origen inconsciente, pero sabemos que esta descripción es simplemente una expresión representativa. Otros autores entre ellos Fenichel, piensan que las pulsiones que presenta el organismo, cuyo paso no es bloqueado, alcanzan un cierto umbral que las hace perceptibles. Tal sería el caso de la rabia, la excitación sexual o la culpa.

En la hipótesis topográfica de la mente humana elaborada por Freud, el sistema preconscious se encuentra ubicado entre lo consciente y lo inconsciente. Su contenido está formado por los elementos que pasan de uno al otro. Existen además en el preconscious impresiones del mundo externo, tales como representaciones verbales o ideas. Es seguro también que las fantasías latentes parten de este sistema. Durante el dormir, el preconscious tiene una gran actividad, como se observa en los estados de vigilia.

El aparato consciente es el que recibe las percepciones de la realidad. Topográficamente está situado en los límites de lo interno con lo externo y por lo tanto posee la capacidad de percibir los estímulos de una y otra procedencia, formando lo que denominamos el proceso secundario.

Como afirma Nunberg, para que un acto psíquico llegue a ser consciente, es necesario que recorra todos los peldaños del aparato desde el inconsciente hasta la consciencia. En el sueño las representaciones de objeto primitivas deben asociarse con las preconcientes que les corresponden para alcanzar el pensamiento consciente y convertirse en conocimiento.

Freud designó al dispositivo que amortigua la llegada de los impulsos a lo consciente con el nombre de aparato protector de estímulos. Es decir, que si un objeto externo es demasiado intenso, este aparato lo detiene e impide que llegue a la consciencia; los potenciales energéticos que perturbarían el equilibrio psíquico.

LA ESTRUCTURA DE LA MENTE

La introducción de la teoría estructural en 1923, constituye el último trabajo teórico de Freud. A través de ella se ofrece una descripción del psiquismo y su funcionamiento de una manera que podría considerarse revolucionaria, como ha señalado Jones.

Podría pensarse que algunos de los conceptos presentados por Freud, habían sido descubiertos con anterioridad, pero nunca trabajando unidos, ni tampoco el enlace entre ellos. Por ejemplo, la idea de *yo* había llamado la atención de los filósofos durante siglos. La primera alusión a este concepto aparece en Sófocles cuando dice: "Si soy Sófocles no estoy loco; si estoy loco no soy Sófocles." También Platón en *La República* describe la parte racional del alma y la falta de ella, en el sueño profundo.

En *Essay concerning Human Understanding* publicado en 1690, John Locke afirmaba: "El concepto de uno mismo es la parte consciente del pensamiento (de cualquier sustancia que se encuentre constituido ya sea espiritual o material, simple o compuesto, que en el fondo no importa) que es sensible o consciente al placer y al dolor, capaz de felicidad o de miseria y que concierne por sí mismo, tan lejos como la consciencia se extienda."

No fue sin embargo, hasta el siglo XIX que el concepto del *yo* adquiere un interés formal desde el punto de vista clínico. El psiquiatra Wilhelm Griesinger en 1845, realiza observaciones brillantes acerca de este tema, enfocando al *yo* como una entidad ejecutiva, cuando describe que ciertas

sensaciones, sentimientos e ideas carecen de la fuerza necesaria para alcanzar al *yo*, el cual impide o favorece el surgimiento de ellas.

Theodore Meynert en 1884 con su libro sobre el cerebro anterior, ocupa un lugar especial en la historia del concepto del *yo*, dado que fue el primer autor que propuso una explicación racional acerca del término. Meynert parte de la idea del desarrollo del *yo*, a través de las impresiones sensoriales. Sugiere que al tocarse el niño, experimenta una sensación diferente de la que obtiene al palpar a otro. Este hecho establece una diferencia definida entre lo que corporalmente pertenece a uno mismo y aquello que corresponde al mundo exterior. Por lo tanto, el concepto de *mío* queda integrado.

Por lo que respecta a las otras estructuras psíquicas, su origen es más complejo. Es posible que el *superyo* provenga del concepto antiguo de la totalidad del poder ético colocado en una sola entidad.

El término *ello*, explica Freud, fue tomado de Georg Groddeck, quien practicaba el Psicoanálisis en Baden Baden. Es probable que este médico lo hubiera encontrado en la filosofía de Nietzsche, o bien de algún texto de embriología, dado que estaba en uso en la época, entre los estudiosos del desarrollo del feto humano.

De cualquier manera, no puede negarse que fue Sigmund Freud el primero que construyó la teoría estructural de la mente, añadiendo su forma de funcionar al conocimiento del psiquismo humano. Resulta indudable, que la nueva teoría fue elaborada para superar los defectos que presentaba la hipótesis topográfica y agregar a ella el aspecto de la conciencia social que había sido olvidado.

EL YO

Al principio de la vida, el aparato mental funciona bajo el *ello*. La mente del niño trata constantemente de descargar su energía, a través de lo que percibe y por medio de la acción motora. Casi todos los objetos son llevados a la boca. Poco a poco y bajo el impacto de los estímulos el *yo* va diferenciándose. Algunos autores como Hartman han pretendido que éste parte de una matriz indiferenciada, la idea resulta favorable dado que determinados aparatos sensoriales y motores, así como ciertas funciones mentales son distinguibles desde el principio de la vida y no se encuentran encadenadas a los impulsos del *ello*.

Sin embargo, siguiendo a Freud (1923) pensamos que el desarrollo del *yo* va sucediendo de una manera gradual y paulatinamente, éste va ejerciendo un control sobre las necesidades primarias. Tal vez, pudiéramos

hablar aquí de una mielinización progresiva que permite el desarrollo en el sistema nervioso de esta estructura. En el siguiente capítulo hablaremos más ampliamente del crecimiento del *yo*, por lo que aquí simplemente mencionaremos las actividades principales de esta estructura.

Según diversos autores (S. Freud 1923 y 1939, A. Freud 1939, Hartman 1939 y 1951, Federn 1953, Arlow y Brenner 1964) las funciones más importantes atribuidas al *yo* serían:

1. La relación con el mundo externo. El *yo* organiza y controla la motilidad y la percepción.
2. El mecanismo del pensamiento que incluye el sensorio, o sea: la memoria, la atención, el juicio y la inteligencia.
3. El lenguaje.
4. La percepción y expresión de los afectos.
5. La identidad en el tiempo y el espacio.
6. La inhibición o demora de las descargas, incluyendo lo que denominamos función anticipatoria.
7. Los mecanismos de defensa, que inhiben la expresión de determinados impulsos y que tienen su origen en la angustia.
8. El carácter que puede ser definido como la forma habitual en la que el *yo* actúa en relación con el mundo externo, el *ello* y el *superyo*, pudiéndose añadir que también dentro de la propia estructura.
9. La denominada función sintética del *yo*, constituida por la integración y armonía de sus componentes para que actúen en un todo.
10. La adaptación del hombre a su medio, que es establecida a través del *yo*.

EL SUPERYO

El *superyo* puede ser definido como un grupo de funciones mentales que representan: las aspiraciones ideales, las órdenes y las prohibiciones que la personalidad se impone a sí misma. Su origen en Freud parte de sus trabajos en 1896, cuando señala los reproches que un enfermo sufre. En 1917 con *Duelo y melancolía*, se describe una agencia que ataca al *yo* y a la autoestima. En 1914 con la introducción del concepto del narcisismo, se nos habla de cómo el *yo* se mide con su propio ideal. Finalmente en 1923, Freud introduce el *superyo*, cuya principal función es la prohibición y la crítica.

El origen de esta estructura puede iniciarse al contrario de lo que Freud pensaba, tempranamente. Spitz ha afirmado que los movimientos de aprobación o desaprobación de la madre son los precursores del *superyo*. En la etapa anal, las restricciones se van acentuando con la existen-

cia del lenguaje. Definitivamente el *superyo* cristaliza con la identificación hacia las figuras paternas y sobre todo sus ideas morales, durante la fase edípica.

Freud concibió al *superyo*, como una parte especializada del *yo*. Algunas de sus funciones son directamente accesibles a la consciencia, pero otras son inconscientes. Las ideas que parten de esta estructura pueden ser lógicas y consistentes, o bien primitivas e infantiles.

La eficacia del *superyo* puede hacerse manifiesta de diferentes maneras. Una de ellas es al regular las actividades del *yo* y sobre todo sus defensas. En este caso se advierte una situación armónica entre los dos. En otras ocasiones esto no sucede y el *superyo* da lugar a los sentimientos de culpa o de remordimiento provocando los castigos.

Se podría decir que la autoestima es regulada por el *superyo*, a través de los objetos externos y de la idea de haber realizado un acto que éste aprueba o rechaza. La crítica es la forma fundamental como se manifiesta esta estructura psíquica y que no sólo proviene de los padres, sino en última instancia de las reglas que la sociedad impone.

EL ELLO

Consiste en la representación mental de las necesidades y como tal, resulta la fuente básica de la energía. Los deseos del *ello*, presionan para su satisfacción y provocan actos del *yo* para contrarrestarlos. No obstante, podemos afirmar que toda la energía de cualquiera de las estructuras proviene en última instancia del *ello*.

La fuerza energética es de dos tipos, de acuerdo con Freud, la agresiva derivada del instinto de muerte y la libidinosa que parte del sexual. Sin embargo, podríamos afirmar que toda la energía se encuentra siempre fusionada en proporciones variables. Esta es la razón por la que observamos impulsos agresivos que buscan una gratificación erótica como en el caso del masoquismo. Lo mismo se podría decir de determinados impulsos eróticos con componentes hostiles como en el caso del sadismo.

Los impulsos o fuerzas también denominados catexis, presionan para su descarga y expresión inmediata, es por ello que existen resistencias que operan a través del *yo*.

En esencia, el *ello* tiene conexión directa con lo somático y lo biológico. Todos sus sectores son inconscientes y está constituido por elementos arcaicos de origen ontogenético y en parte de naturaleza filogenética. Podría pensarse que constituyen lo heredado por la especie humana a través de los siglos.

COMPARACIÓN DE LAS DOS TEORÍAS

Arlow y Brenner han escrito un ensayo sobre las dos teorías y mantienen la posición de la superioridad de la hipótesis estructural sobre la topográfica. Los puntos en los que basan este criterio son:

1. A través de la división de la mente con una porción instintiva, otra moral y una tercera que media entre ellas; los datos clínicos quedan mejor integrados. Los conflictos son más complejos y variados de los que suceden en la teoría topográfica, donde solamente pueden ocurrir entre el inconsciente y lo consciente.

2. En la teoría topográfica el mecanismo de defensa fundamental es la represión, puesto que el conflicto se establece entre dos capas de la mente. Con el advenimiento de tres estructuras las defensas son más variadas y pueden volverse unidas con el yo.

3. Los problemas depresivos son explicados con una mayor claridad con la presencia del *superyo*.

4. La teoría topográfica tiende a convertir el aparato mental en un arco reflejo. La estructural abandona este concepto, permitiendo que la energía se dirija en direcciones variadas.

5. Se puede observar el crecimiento del yo y del *superyo* a través del tiempo y su integración funcional. Es difícil percibir los pasos sucesivos del desarrollo en el consciente o preconscious.

6. Tanto los sueños como los mecanismos psicóticos pueden ser comprendidos mejor con la presencia de la teoría estructural.

BIBLIOGRAFÍA

- ARLOW, J. y BRENNER, CH. *Psychoanalytic Concepts and the Structural Theory*. International Universities Press. New York, 1964.
- BERNARD, L. *The Misuse of the Concept of Instinct*, en *Instinct*. Ed. por Birney, R. y Teevan, R. Van Nostrand, 1961.
- BLUM, G. *Psychoanalytic Theories of Personality*. McGraw Hill. New York, 1953.
- CAMERON, N. *The Psychology of Behavior Disorders*. Houghton Mifflin, 1947.
- FEDERN, P. *Ego Psychology and the Psychoses*. Basic Books. 1953.
- FLETCHER, R. *Instinct in Man*. Unwin University Press. London, 1968.
- FREUD, A. *The Ego and the Mechanisms of Defense*. The Hogarth Press. London, 1939.
- FREUD, S. *Studies on Hysteria*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. 11. London, 1900.

- FREUD, S. *Further Remarks on the Neuro-Psychoses of Defense*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. III. London, 1896.
- FREUD, S. *The Interpretation of Dreams*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. IV-V. London, 1900.
- FREUD, S. *On Narcissism. An Introduction*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. XIV. London, 1914.
- FREUD, S. *The Unconscious*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. XIV. London, 1915.
- FREUD, S. *Mourning and Melancholia*. Standard Edition. The Hogarth Press. London, 1917.
- FREUD, S. *Beyond the Pleasure Principle*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. XVIII. London, 1920.
- FREUD, S. *The Ego and the Id*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. XIX. London, 1923.
- FREUD, S. *An Outline of Psychoanalysis*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. XXIII. London, 1938.
- GRIESINGER, W. *Mental Pathology and Therapeutics*, en *The Development of Traditional Psychopathology*, en Altchule, M. Halsted Press Book. 1976.
- HARTMAN, H. *Ego Psychology and the Problem of Adaptation*. International Universities Press. 1939.
- HARTMAN, H. *Technical Implications of Ego Psychology*. Psychoanal. Quart. 20: 31-43. 1951.
- JACOBSON, E. *The Self and the Object World*. International Universities Press. 1964.
- JONES, E. *Sigmund Freud. Life and Work*. The Hogarth Press. 3 vol. London, 1956.
- LOCKE, J. (1690) *Essays concerning Human Understanding*. A. C. Fraser. Oxford, 1894.
- MEYNERT, T. *A Clinical Treatise on Diseases of the Forebrain*, en *The Development of Traditional Psychopathology* de Altschule, M. Halted Press Book. 1976.
- NUNBERG, H. *Principles of Psychoanalysis*. International Universities Press. New York, 1955.
- SPITZ, R. *The First Year of Life*. International Universities Press. New York, 1965.

CAPÍTULO III

EL DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD

La definición de la especie humana, al igual que la de otras especies vivas, se fundamentó durante años en la Morfología. La razón para ello, estaba apoyada en la sistemática de Linneo. Sin embargo, pronto se dieron cuenta los biólogos que independientemente de los caracteres fijos transmisibles, se encontraban los factores psicológicos proporcionados por el medio ambiente, los cuales poseen una acción básica para definir al género hombre.

La personalidad de un individuo está constituida por las características y formas de conducta con que funciona. Incluye por lo tanto, sus rasgos, intereses, valores, imágenes, emociones, o dicho en otras palabras la estructura que el ser humano integra dentro de él. Esta definición indica la complejidad y múltiples facetas que la constituyen.

La forma más adecuada de estudiar la personalidad es seguirla en el continuo de su desarrollo, identificando las experiencias pasadas y las diferentes situaciones que han dado lugar a lo que somos en el presente.

Antes de Freud eran muy escasos los autores que pensaban que el desarrollo del carácter partiera de la situación infantil. Fueron las aportaciones del Psicoanálisis, las que mostraron que la niñez era fundamental para la formación de la personalidad del adulto. Según Freud la etapa crucial era la relación edípica, aunque ya en 1908 había descubierto las características de la fase anal. Abraham en la segunda década del siglo, es posiblemente el primer psicoanalista que otorga importancia a la etapa oral.

Con la publicación de *El trauma del nacimiento* en 1929, Otto Rank empuja el factor temprano más atrás. Este autor parte de la significación que representa a lo largo de la vida, extraer al ser humano del vientre materno. Rank piensa que cuantas situaciones se presentan, están relacionadas con esta separación. Para demostrarlo cita: el destete al apartarnos del pecho, el desprendimiento del hogar al ir a la escuela, el temor a la

castración por ser desarticulados del órgano sexual, etc. Todos ellos reproducciones de la separación inicial. Según Rank, esta angustia es revivida al observar los genitales femeninos, que significaron remanentes del recuerdo traumático recibido al nacer. De acuerdo con este autor, el acto sexual será la única manera de restablecer la reunión simbólica con el interior de la madre.

Debemos afirmar aquí, que ha sido escasa la evidencia encontrada para sustentar la tesis de Rank. Freud mismo la había criticado en 1937 cuando afirmó: "El peligro del nacimiento carece de contenido psíquico." Spitz (1965) nos ha demostrado que resulta más dolorosa para un recién nacido la aplicación de nitrato de plata en las conjuntivas oculares (utilizadas para evitar la transmisión de gonococos); que el trauma que pudiera resultar del parto, a menos de que éste sea difícil.

Otros autores como Fodor (1949) y Raskovsky (1962) han ido aún más lejos al contemplar la posibilidad de la presencia de un psiquismo fetal. Basan su postura en la existencia de una vida mental intrauterina, que sería demostrable en los sueños de los pacientes. Para uno y otro autor, las fantasías de atravesar pasajes estrechos, ser comprimidos o ahogarse, así como la búsqueda de lugares oscuros cerrados, tal vez el cinematógrafo, representarían vestigios de nuestra vida fetal. Aunque algunas de estas ideas resultan originales, podemos concluir que son extremadamente especulativas y limitadas, debido a la multiplicidad que otros factores representan a partir de la situación post-natal, en el desarrollo de la personalidad.

EL PRIMER AÑO DE VIDA. (LA ETAPA ORAL)

Hemos de señalar aquí, que el ser humano nace con un equipo cerebral cuyo desarrollo nos dará una inteligencia, la atención, la capacidad para la memoria, etc. También desde nuestro origen presentamos: necesidades, un inconsciente y el *ello*. El narcisismo primario es el estado en el cual se encuentra el recién nacido, que no distingue entre él mismo y los objetos del mundo externo. Todas las necesidades sexuales son por lo tanto autoeróticas.

Los trabajos de Spitz (1960 y 1965) demuestran que los primeros vestigios de la presencia de un *yo*, se pueden observar cuando la sonrisa del niño, se vuelve constante hacia un objeto conocido. Esto suele suceder alrededor del tercer mes de vida, e implica que existen las suficientes trazas de memoria para dar una respuesta consistente frente a un estímulo. Se podría afirmar que se ha establecido la primera relación con un objeto. Spitz ha denominado a esta situación el primer organizador de la mente.

Es de suponer, que la privación modulará los principios en la formación del *yo*, puesto que la vida intrauterina facilita la satisfacción de todas nuestras necesidades. No obstante, también sabemos que un exceso de privaciones, produce consecuencias fatales para el crecimiento *yoico*, como ha sido demostrado por el mismo Spitz, en su trabajo sobre la depresión anaclítica de 1946. En esta investigación se observó, que si un niño es separado de su madre y no recibe a cambio una figura sustitutiva, sobrevendrá: tristeza, pérdida de peso e insomnio. Es por ello que estamos de acuerdo con Hartman, Kris y Loewenstein (1947), quienes han afirmado que el *yo* madura por medio del incremento de la gratificación y una cierta privación.

La aparición del *yo* somático ha sido estudiado por W. Hoffer (1949) al observar que éste, se origina al establecer durante el primer año de vida, el interjuego de la mano con la boca. Es decir, que el concepto de la existencia de uno mismo se desarrollará, cuando el *yo* experimente sus propias sensaciones.

En el año inicial, el ser humano depende en forma extrema de los adultos que lo rodean y todas las relaciones con el mundo externo, son establecidas a través de la actividad oral; puesto que la autoestima es obtenida por medio de la nutrición. Es por ello, que a este periodo se le da el nombre de etapa oral. Se diría que las tensiones del hambre, nos traen los máximos placeres e insatisfacciones.

Resulta importante hacer notar que Erikson (1950) ha observado que el niño no solamente mama y traga, sino que percibe con su visión limitada aquello que lo rodea y trata de reconocerlo al cogerlo con sus manos. Al mismo tiempo no únicamente mama, sino que también puede escupir o vomitar, así como retener el alimento en el interior de su boca.

Para Spitz (1965) el segundo organizador de la mente, lo constituye la angustia que expresa el niño una vez que ha establecido una conexión intensamente afectiva con su madre y muestra temor de su pérdida; suceso que ocurre a partir del octavo mes de la vida.

Siguiendo a Hartman, Kris y Loewenstein (1946) la primera etapa de la vida del niño está caracterizada por dos objetos básicos, uno hacia el cual se dirige la agresión o malo y otro hacia el que se envía todo el amor o la energía libidinosa.

Melanie Klein (1952) atribuye al niño la presencia de una organización *yo-superyo* desde el nacimiento, la cual funciona constantemente en la relación con los objetos. En un principio el objeto fundamental lo será el pecho de la madre y la criatura se enfrenta ante un mundo desconocido y aterrador, por lo que sin duda alguna sentirá angustias de natura-

leza persecutoria. Por el contrario cuando el niño reciba: calor o la gratificación por medio de los alimentos, experimentará emociones más felices.

El pequeño conoce desde un principio la existencia de la madre y a las pocas semanas advierte a esta figura y la reconoce a través de sus pasos, manos, olor y la sensación de su pecho. Dado que existen sensaciones placenteras y displacenteras en relación al objeto, el niño experimenta al mundo externo y por consiguiente a la madre como buena o mala. La figura materna será percibida como onnipotente, puesto que posee la capacidad de provocar tanto la satisfacción como la frustración.

Para Klein, la existencia del *yo* primario, permite el funcionamiento de dos mecanismos básicos desde el natalicio: la introyección y la proyección. La primera significa que los objetos son internalizados en el *yo* y se vuelven partes del mundo interno. La proyección es el artificio que nos permite atribuir a otras personas los sentimientos de amor y de odio que existen en uno.

Según esta autora, el *superyo* opera desde el quinto o sexto mes de la vida. El niño tiene miedo de sus sentimientos destructivos y experimenta culpa por ello. Se observará a partir del cuarto mes un periodo depresivo, puesto que los niños tratan de agradar a las personas que los rodean: sonríen, hacen gestos y aun intentan alimentar a la propia madre. En esta fase que se continúa hasta el octavo mes, se observan inhibiciones ante la comida y pesadillas.

LA EDAD DE UNO A TRES AÑOS. (ETAPA ANAL)

A partir del final del primer año, el niño adquiere una cierta independencia; ello se debe a la habilidad de aprender a: caminar, hablar y el aumento de su capacidad de pensamiento. La suficiencia que adquiere para retardar la gratificación de sus necesidades le permiten un nuevo crecimiento del *yo*. El avance en este sentido, da lugar a la aparición de la capacidad de juicio, la cual se logra mediante el aumento del sentido de la realidad. Ferenczi (1916) había descrito cuatro estados, a través de los cuales se llega a adquirir este sentimiento en el transcurso del tiempo:

1. La onnipotencia total, que el niño demuestra antes del nacimiento cuando sus necesidades le son automáticamente gratificadas.
2. Omnipotencia alucinatoria, que resulta en el recién nacido, cuando éste siente el deseo de que algo surja y lo consigue por medio de una alucinación mágica.

3. La omnipotencia de los gestos, obtenida cuando el niño al llorar obliga a que la madre aparezca ante él.

4. Omnipotencia de las palabras, observable cuando el niño adjudica significación misteriosa al lenguaje, por medio del cual controla los objetos.

Conforme el sentido de realidad va aumentando, el yo del niño se vuelve más capacitado para lidiar con la angustia. Es de importancia citar aquí los trabajos de Bowlby (1971) para quien a medida que el ser humano se hace familiar con los objetos, la angustia tiende a disminuir.

Al final del primer año, una nueva estructura ha ido tomando significación, como si una porción del yo se convirtiera en la "madre interna". El *superyo* se ha comenzado a estratificar con los gestos prohibitivos de ella que ordenan determinadas pautas de conducta. Spitz (1957) habla de los movimientos de la cabeza de la madre, que con su: si o no, permiten o impiden determinadas actitudes del niño.

La adquisición del lenguaje favorece la simbolización y el juicio. La repetición de sonidos por parte de los padres da lugar a la vocalización a través de la imitación. Esto se observa claramente en el caso de los niños sordos, quienes no pueden aprender fácilmente el lenguaje, debido a la privación que sufren al no poder imitar a los adultos.

La mayoría de los autores coinciden en que las palabras son reproducciones después de los nueve meses de edad. El vocabulario crece de una manera lenta al principio. Sin embargo, en el momento en que el niño comienza a caminar, el lenguaje se incrementa de una manera rápida.

Piaget (1926) ha dividido en dos los procesos por los que pasa el niño en la adquisición del habla. Durante el primero que él denomina lenguaje egocéntrico: "el niño no se preocupa hacia quién se dirigen sus palabras ni tampoco si es escuchado o no, él habla para sí mismo o por el placer que le procura asociar." La segunda etapa constituida por el lenguaje socializado, se caracteriza porque: "el niño se dirige a quien lo escucha y lo trata de influir a través del intercambio de ideas."

Piaget reconoce tres tipos de lenguaje egocéntrico que son: la ecolalia, el monólogo y el monólogo dual. El lenguaje socializado puede ser subdividido en:

1. Información adaptada, cuando existe intercambio de pensamientos;
2. Crítico; 3. Órdenes; 4. Preguntas, y 5. Respuestas.

La adquisición del lenguaje incrementa el pensamiento, no obstante éste continúa en un nivel prelógico y muestra: desorganización, contradicciones y aun concepciones mágicas. Sin duda, que la imaginación se refiere a hechos concretos y las fantasías son de un carácter primitivo.

A la fase de la vida que comprende desde el fin del primer año hasta el tercero, se le ha denominado: periodo anal. Su nombre deriva de que las funciones de eliminación son controladas por los padres. Tanto la retención como la expulsión de la orina y las heces fecales son actos placenteros para el niño. El factor que lo impulsa a aprender a controlar los esfínteres, se deriva de la alta evaluación que siente hacia sus padres y por ello se encuentra dispuesto a abandonar el placer que experimenta con tal de complacerlos. Esto crea en el niño una situación de ambivalencia y sus primeros conflictos con la autoridad.

Es importante recordar los trabajos de Hushka (1942), quien investigó las consecuencias del entrenamiento demasiado temprano antes de los ocho meses de vida y observó: constipación, angustia y rabia; en contraste con aquellos niños que lo iniciaron después completándolo en el segundo año. Resulta indudable que durante el periodo anal, el niño absorbe numerosos sentimientos de vergüenza, disgusto e inferioridad, de acuerdo con los procedimientos utilizados por los padres para el entrenamiento de los esfínteres.

Los mecanismos de defensa que parten de este período son: el aislamiento del afecto, la anulación y la formación reactiva. La regresión también es observable aquí, dado que es necesario haber superado una etapa para ser posible retornar a ella. La negación es un mecanismo que se acentúa a partir de este momento, aunque presente sus raíces, cuando el niño cierra los ojos para no mirar un objeto externo que le disgusta.

El recto es en realidad un órgano hueco que además de su capacidad excretora, puede ser estimulado cuando lo penetra un cuerpo externo. La masculinidad se deriva de la posición de expeler, en tanto que algunos aspectos homosexuales proceden de la posición placentera al ser penetrado. No obstante, es necesario afirmar aquí que la inversión sexual presenta elementos orales profundos.

LA EDAD DEL TERCERO AL QUINTO AÑO. (ETAPA FÁLICA)

Algunos psicoanalistas hablan de un estado intermedio entre la fase anal y la fálica al que denominan uretral. Fenichel (1946) reconoce la significación del erotismo de la uretra y el placer obtenido por un niño al orinar a una distancia mayor. Existe asimismo un cierto goce en la retención que resulta análogo al experimentado durante la etapa anal. Igual que es perceptible un cierto orgullo en el control del esfínter urinario. Fenichel piensa que la ambición parte de este periodo ante la vergüenza de verse ensuciado por la orina.

Al llegar a la etapa fálica propiamente, el niño ha superado algunas de sus características prevalentes con anterioridad. Es este momento, en el que la estimulación de los genitales da lugar a un placer considerable. La masturbación, como demuestran los trabajos de Isaac (1948), presenta un incremento considerable. Esta autora realizó la observación en los niños ingleses durante la guerra. Todos ellos presentaban curiosidad persistente en la anatomía del sexo opuesto, así como rasgos exhibicionistas y de voyeurismo.

Coincide con esta situación una atracción manifiesta hacia el padre del sexo opuesto y odio e incluso deseos de muerte dirigidos contra el padre del mismo sexo. El complejo de Edipo es menos complicado en el varón, puesto que permanece ligado al objeto original que es la madre. En la niña implica un cambio al pasar los deseos incestuosos hacia el padre.

Los trabajos de Benedek (1959) no han demostrado alteraciones hormonales durante los años en que el complejo de Edipo sucede, pero la significación de este dato es mínima, dado que la situación triangular es exclusivamente de contenido psicológico.

Freud nunca explicó con claridad la solución del conflicto, aunque parecía vislumbrar una posibilidad a través de la identificación con el padre del mismo sexo. La pérdida del temor a la acción retaliatoria de este progenitor, permitirá una mayor seguridad en el acto sexual. Debemos considerar de cualquier manera la importancia de la fase edípica, puesto que de su resolución depende la neurosis o psicosis que desarrollamos.

Algunas experiencias pueden darnos una idea de las múltiples alteraciones que la situación edípica anormal provoca. Resulta evidente que numerosos padres arrastran con ellos las conflictivas que se desarrollaron en su propia infancia y las transmiten a sus mismos hijos, provocando culpas. Las escenas traumáticas al percibir las relaciones sexuales entre los padres, distorsionan la fase edípica. También la ausencia de uno de ellos complica el conflicto; si bien debemos hacer notar que aunque un progenitor falte, el hijo establecerá su imagen y por lo tanto la situación edípica en la fantasía.

En el medio mexicano es interesante observar que las características del conflicto toman una forma peculiar, debido a que el padre está ausente con frecuencia del hogar y habitualmente el problema de la vivienda desarrolla una mayor exposición del niño a descubrir las relaciones sexuales de los padres y a ser estimulado por ellas en forma temprana.

Al haber alcanzado la etapa fálica, el niño se identifica con su propio

pene y le da una evaluación narcisista a su órgano genital. Como resultado de ello se incrementa el miedo a cualquier daño que le pueda ser causado. A este miedo se le ha denominado temor a la castración y puede ser desplazado hacia todo tipo de ideas: tonsilectomía, corte a la cabeza de un pollo, daño sobre los ojos, etc. Fenichel cita la frecuencia de los chistes en este terreno que aparecen entre los adultos como asegurándose de la idea: "si puedo asustar a otros, yo mismo no tengo miedo." En el siguiente capítulo examinaremos las diferencias de un sexo con el otro desde el punto de vista edípico.

Erikson ha hecho hincapié en que la etapa fálica presenta como característica esencial el elemento intrusivo. Remanentes de esta fase en la vida adulta, los observamos en las personas que tratan de introducirse en otros a través del ataque físico, o bien infiltrarse por medio de las palabras violentas dentro de las mentes de los demás; también al penetrar en el espacio con brusquedad utilizando para ello la locomoción y aun en ocasiones en los objetos por intermedio de la curiosidad.

Los niños en general visualizan los actos sexuales de los adultos como indicativos de agresiones mutuas, no obstante ya se pueden observar en ellos los papeles que los van a caracterizar cuando sean mayores. La masturbación aumenta durante la etapa fálica y fantasías acerca de los objetos se introducen por primera vez, los cuales sirven a la función sexual futura. Los temores y culpas asociados con la masturbación surgen en este momento, puesto que esta actividad no los causa, sino las fantasías que la acompañan.

LA EDAD DE LOS SEIS A LOS DOCE AÑOS. (LA LATENCIA)

La fuerza de los impulsos genitales declina durante este periodo, debido fundamentalmente a que el *superyo* ha adquirido un predominio marcado y parece mantener dominadas las presiones de los impulsos. Al mismo tiempo puede decirse que el *yo* va desarrollándose paulatinamente ante la realidad externa. El lenguaje que ha adquirido cierta solidez permite la función anticipatoria, puesto que los eventos pueden ser planeados en el mundo de las palabras.

La gratificación intelectual es lograda por el niño a través de una mayor capacidad para la identificación. Sin embargo, como Bornstein (1951) ha observado, esto último depende básicamente de la forma en que el complejo de Edipo haya sido solucionado. La identificación no es más que un proceso inconsciente por el cual un individuo internaliza aspectos de otro ser. Es un acompañante fundamental en el proceso de madu-

ración y ayuda durante el desarrollo del aprendizaje, así como la adquisición de intereses e ideales. En el transcurso de la latencia y la adolescencia este mecanismo estará operando constantemente.

Bertha Bornstein parece inclinarse a la idea de que el periodo de la latencia sea dividido en dos fases. Durante la primera que abarca de los seis a los ocho años, el *yo* se encuentra todavía arrastrado por impulsos sexuales y por ello el elemento represivo, inhibe la conducta sexual. En este proceso puede presentarse una marcada rebelión, que es seguida habitualmente por autorreproches. Esta pudiera ser la razón por la que algunos niños parecen encontrarse en un estado de elevada ambivalencia.

En el segundo periodo que abarca desde los ocho años hasta el comienzo de la pubertad, Bornstein parece encontrar una consolidación de las defensas. El niño presenta un mayor equilibrio y por lo tanto menos sufrimiento.

Durante la latencia se aprende lo que la humanidad ha desarrollado a lo largo de miles de años de su historia. En este sentido el niño ha ido pasando por diferentes estados. En la etapa oral su actitud como ha señalado Sutherland (1952), fue pasiva en un principio, seguida de actividad en el momento en que se busca el origen de la fuente que suple placer. En la anal el niño lucha para controlar su propio cuerpo y su derecho de usarlo. El periodo fálico está caracterizado por la competencia y la exhibición. En la latencia, podríamos decir que se presenta una cierta conformidad hacia cualquier tipo de información permitiendo el principio del aprendizaje.

Se diría que durante esta fase, la vida del niño desde el punto de vista de la libido es homosexual, puesto que se carece de mayores intereses hacia el sexo opuesto.

Las experiencias en la escuela adquieren una gran significación, dado que nos muestran el nivel de ajuste a la figura de la autoridad. Además como Sullivan (1947) ha señalado, adquiere importancia el contacto con los amigos y la forma en que esta relación se establece. El niño aprende al mismo tiempo el dolor de la competencia y el placer de la cooperación con los compañeros.

Piaget (1955) ha hecho hincapié, en las características del aprendizaje en los niños, que no es como se pensaba anteriormente por adición de nuevos hechos, sino que el crecimiento mental es logrado a través de la integración y sustitución de los mismos. Este concepto quiere decir que el niño debe de reconocer lo diferente que resulta lo aparente de lo real. Los pequeños al igual que los hombres primitivos, creen que el sol camina alrededor de la tierra o que ésta es plana. Ideas que surgen por la infor-

mación que obtienen al percibir los objetos directamente a través de los sentidos. Con la aparición de la facultad llamada razonamiento, alrededor de los seis o siete años, los niños aprenden la diferencia entre como aparecen las cosas y como en realidad son. Es decir, que han adquirido conocimientos de la misma manera que lo hizo el hombre a través de la Historia. Cabría aquí añadir nada más, que es necesaria la existencia de los símbolos aparentes para conservar la posibilidad de la metáfora.

Según Piaget, podemos considerar varios periodos en el desarrollo del niño para que éste alcance un crecimiento mental a nivel cognitivo:

1. Durante los dos primeros años de la vida (Periodo sensorio-motor) las estructuras mentales intentan dominar a los objetos concretos.
2. Desde los dos hasta los siete años (Periodo pre-operativo) se trata de comprender los símbolos, incluyendo aquellos que suceden en: el lenguaje, la fantasía, el juego y los sueños.
3. A partir de los siete hasta los doce años (Periodo operacional concreto) los niños aprenden la relación de los números y cómo operar con ellos.
4. Desde los doce años hasta los quince (Periodo operativo formal) en que los jóvenes tratan de dominar sus pensamientos y procurar entender lo que especulan y reflexionan los demás.

LA EDAD DE LOS TRECE A LOS DIECINUEVE AÑOS. (LA ADOLESCENCIA)

En primer lugar habría que señalar la amplitud que implica el término adolescencia, dado que existen marcadas diferencias entre un joven de trece años y una mujer de diecinueve; sin embargo, por razones cronológicas se ha conservado el enunciado general de adolescencia para designar a un proceso que en latín significaba dolor al crecer.

Cuando llega la pubertad a la vida, los impulsos sexuales alcanzan una mayor intensidad y provocan nuevas demandas en el joven, creando conflictos que pueden ser extremos. Como ha demostrado Lampl de Groot (1960) encontramos un *yo* aparentemente más fuerte y consolidado, sin embargo, debemos agregar que éste carece del apoyo de los padres, dado que la mayoría de los adolescentes tienden a separarse de estos últimos. Es por ello que podríamos asegurar que el *yo* es durante este proceso más débil que el del niño.

Lo mismo se puede afirmar en relación al *superyo*, puesto que aunque por una parte se han logrado establecer sus fundamentos, nos encontramos que en esta edad se abandonan casi en una forma total las normas morales inculcadas por los padres.

El adulto que es observador de la conducta del adolescente se siente más responsable con respecto a él que del niño. La razón de ello reside en los recuerdos de sus propias circunstancias de vergüenza y culpa, cuando él mismo pasó por este periodo. Es tal vez por este motivo que difícilmente nuestros pacientes adultos nos hablan de su adolescencia y prefieren referirse en detalle a sus experiencias infantiles. Resulta probable que se prefiera regresar a estos recuerdos y evitar revivir la mocedad, en la cual los episodios narcisistas creaban turbaciones humillantes. En el fondo uno puede sonreír ante las situaciones vergonzosas por las que atraviesa un niño, pero es difícil responder cómicamente ante la conducta de un ser que posee el cuerpo de un adulto. De aquí surgen un buen número de conflictos severos, ya que el adolescente está provisto de unos órganos sexuales biológicamente activos, pero que se ve impedido a utilizar. Esta es la verdadera razón por la cual la conducta agresiva de un niño nos provoca risa, pero la de un adolescente nos irrita.

Cabría aquí añadir que las respuestas suelen ser extremas. Por un lado puede ocurrir que el *ello* invada con sus demandas al *yo* y busque una gratificación desinhibida o que también, éste salga victorioso y que los impulsos sean confinados y permanezca el adolescente en un periodo infantil, sin desarrollo marcado. Esto da lugar a la diversidad de las conductas que se han descrito en los jóvenes, tales como: egoísmo o altruismo y generosidad, espíritu gregario o timidez y aislamiento; indulgencia y ascetismo. Ignorancia o intelectualización.

Resumiendo estos factores tenemos: 1. La fuerza de los impulsos que son condicionados por el desarrollo fisiológico de la pubertad; 2. La tolerancia o intolerancia por parte del *yo* de las necesidades sexuales que dependen básicamente del desarrollo previo; 3. La naturaleza y eficacia del nuevo *superyo* recién formado.

En realidad, debemos señalar que el proceso de la adolescencia no sucede súbitamente, sino que los cambios cualitativos son paulatinos y es por ello que A. Freud (1939) ha insistido en la importancia de las distintas facetas que se nos presentan a considerar. En el prepúber se observa la intensidad de las reacciones con la reaparición de los elementos: orales, anales o fálcos que habían permanecido encubiertos durante la latencia y reaparecen, mostrándonos cómo un joven que se había caracterizado por el orden, se vuelve indisciplinado o bien un adolescente sucio en sustitución de un niño que sobresalía por su limpieza.

Con la llegada de la pubertad propiamente dicha, un cambio cualitativo tiene lugar, dado que los genitales concentran todo el interés del joven, provocando el exceso de masturbación y de fantasías sexuales. Sin

embargo, en nuestra sociedad las relaciones heterosexuales se encuentran limitadas durante esta época. Los adolescentes reaccionan por ello entablado una lucha contra los padres y los valores que ellos representan.

Las diferencias sexuales entre los dos sexos serán revisadas en el siguiente capítulo. Baste decir, que la adolescente se da cuenta de la existencia de la vagina, que sustituye al clítoris y su deseo de masculinidad disminuye ostensiblemente.

Como Spiegel (1951) ha señalado en su excelente resumen sobre este periodo, tanto un sexo como el otro tienen características narcisistas intensas, pero podría agregarse que en tanto que en el varón éstas se centran en su pene, en la mujer el pecho y su crecimiento son elementos trascendentales.

Durante la adolescencia la separación de los padres da lugar a numerosas sustituciones, una de ellas es la cercanía con jóvenes de la misma edad, o bien a un nuevo elemento con el cual identificarse, apasionándose ante sus cualidades. Sin embargo, cabe señalar que todos los entusiasmos como escribía Stendhal, tienen una duración muy corta. Los objetos abandonados se olvidan fácilmente y se sustituyen por los nuevos. Podría decirse que el mecanismo de la identificación toma una importancia crucial como ha señalado Erikson (1968): "Todos los objetos son abandonados tan pronto como pierden su significancia." Como manifestaba A. Freud todas estas formas de identificación tienen un contenido narcisista y es por ello su carácter de meramente temporales.

S. Fraiberg (1961) ha insistido en que muchos de los conflictos homosexuales que se presentan durante esta etapa pueden carecer de un significado profundo en el desarrollo normal y únicamente son determinantes, si se deben a una alteración basada en un conflicto de falta de masculinidad, como consecuencia de prohibiciones maternas.

A. Freud ha descrito varias defensas que se perciben durante la adolescencia. El ascetismo, consistente en el repudio de los deseos instintivos; la intelectualización, que proviene de la forma de racionalizar que se adquirió durante la latencia y que no es más que el uso de procesos ideacionales para evitar las demandas sexuales. La misma autora menciona desde el punto de vista defensivo la creatividad de los adolescentes, como son los diarios que ellos escriben. Respecto a esto último, cabe señalar la carencia de grandes obras provenientes de este periodo. Solamente recuerdo la novela corta de Françoise Sagan, *Bonjour tristesse*, que alcanzó cierto éxito en una época, como una de las escasas obras literarias que pueden permanecer escritas con éxito, por una joven de diecisiete años.

DESDE LOS VEINTE AÑOS EN ADELANTE. (LA ESTRUCTURA
DEL CARÁCTER)

Las experiencias que hemos ido examinando desde el nacimiento hasta este instante, han moldeado en una forma definitiva nuestro carácter. A lo largo de todo este proceso se han formado los rasgos que le darán su estilo de vida al adulto.

La aparición de la Psicología del *yo*, fue iniciada con *El yo y el ello*, por Sigmund Freud, pero toma su auge a partir de 1939 con la sistematización de los mecanismos de defensa llevada a cabo por Ana Freud. Esta teoría ha dado lugar a una mejor comprensión de los problemas intrapsíquicos y al estudio del carácter de los adultos.

Debemos diferenciar aquí los términos: personalidad y carácter. El primero debe reservarse para los elementos en que un individuo difiere de otro, es decir, aquello que lo hace original. De aquí que podamos afirmar que un sujeto determinado posee mucha personalidad. El carácter se define de acuerdo con Fenichel (1947) como la forma habitual en que el *yo* se ajusta frente al mundo externo, el *ello* y el *superyo* combinando los modos de uno y otro.

Aunque en el capítulo anterior revisamos las funciones del *yo*, vale aquí simplemente agregar las fundamentales mencionadas por Hartman, que incluyen: la prueba de la realidad, el control de la percepción y la motilidad, el pensamiento, la inhibición y el retardo de la descarga, la señal anticipatoria y la función sintética.

Sin embargo, podría asegurarse que el *yo* se ocupa principalmente de condicionar las demandas de las necesidades a las realidades del mundo externo y que por ello le atribuimos una parte decisiva en el carácter. El *superyo* es también esencial dado que el *yo* debe considerar las reglas e ideales de la sociedad para su forma habitual de reaccionar. La realidad externa es asimismo crucial, puesto que a través de ella adquirimos lo que denominamos fuerza del *yo*.

W. Reich (1945) ha descrito el término "coraza caracterológica", que sirve al *yo* de protección, tanto contra los peligros externos como internos. Esta armazón se habría constituido en virtud del conflicto entre las demandas de los impulsos y la frustración que condiciona el *superyo*. La lucha entre estas dos fuerzas opuestas forman las actitudes reactivas del *yo* ante las presiones de las necesidades.

TIPOS CARACTEROLÓGICOS

Siguiendo las diferentes etapas del desarrollo se han clasificado éstos, de acuerdo con el predominio y fijación de una etapa sobre la otra. Todos ellos son pregenitales y han sido apoyados a través de extensa observación.

El carácter oral. Fue introducido en el Psicoanálisis por K. Abraham en 1916, quien describía a las personas ancladas en esta fase del desarrollo, como extremadamente dependientes de los demás y necesitadas en un grado extremo de reconocimiento y estimación. Para estos caracteres la cavidad oral es la que aporta las mayores satisfacciones. Cuando surge un episodio de depresión se alimentan o beben por escapar de él. Para disminuir las preocupaciones fuman o besan, e igualan el amor a la comida.

Los individuos orales oscilan entre el optimismo y el pesimismo, pues la gratificación o privación que sufrieron en la primera etapa del desarrollo, da lugar a una u otra forma de conducirse frente al medio externo.

En los caracteres orales se observan variantes entre la generosidad y la avaricia. Recuérdese la idea de Erikson de que el niño puede escupir la leche o retenerla en la boca. Es por ello que todas las situaciones son medidas en cuanto a lo que reciben a cambio de lo que dan. De allí que se observe de acuerdo con Abraham un deseo de recibir una renta perpetua como máxima aspiración de la vida.

Los regalos adquieren para los caracteres orales la mayor trascendencia. Siempre están esperando amor y apoyo para su narcisismo a lo que responden de una manera pasiva.

Otro rasgo común en ellos es la identificación con el objeto que los alimenta y las dos partes de la madre, la frustrante y la gratificadora se encontrarán eternamente presentes.

El carácter anal. Los rasgos asociados con este tipo de fijación fueron inicialmente descritos por Freud en 1908, siendo en realidad el primer tipo de carácter que se descubrió. En el artículo original se le señalaba una triada formada por tres P, las cuales eran: la parsimonia, la petulancia y la pedantería, o dicho de otra manera: la frugalidad, obstinación y el orden.

La frugalidad es una continuación en la vida adulta de la retención anal, que consiste en igualar las heces fecales con el dinero. Las actitudes hacia éste se van haciendo irracionales. Los fondos monetarios son retenidos o atesorados, o bien gastados en una forma irracional.

Resulta importante señalar aquí, que las desviaciones de las personas con relación al dinero, son casi tan anormales como aquellas que se observan hacia el sexo. Entre los ricos se contemplan rasgos que varían desde la extravagancia hasta el atesoramiento. Existen individuos que no parecen tener en la vida otra preocupación que acumular y pensar en su capital. Creo difícil encontrar personas tan absorbidas por el sexo. Tal vez, esto suceda porque cuando la necesidad sexual es saciada, la mente cesa de pensar en el acto, cuando menos por un cierto tiempo. En cambio el hambre de dinero, es exclusivamente psíquico en su naturaleza y en él no existe satisfacción física posible. El deseo de adquirir propiedades nunca queda apagado, por más posesiones que se obtengan. Considérese si no aquellos caracteres anales que aunque ya poseen riqueza, están únicamente obsesionados por la idea de alcanzar más, sin que, por otra parte, exista regla alguna que los detenga en su búsqueda.

La obstinación es una forma pasiva de agresión a través de la cual el individuo obtiene una cierta omnipotencia. La persona testaruda actúa siempre mostrando superioridad frente a los demás.

El exceso de orden es una forma de sumisión a las demandas de los padres. La meticulosidad no es más que el resultado de las exigencias del ambiente en relación al defecar del niño.

Vale señalar aquí, que ciertas cualidades parten de la superación de la etapa anal, tales como: el individualismo, la persistencia, el amor al orden y a la disciplina, la generosidad, el buen gusto, etc. Pero también, como ha señalado Jones (1923) los defectos más infelices provienen de la incapacidad para no estar fijado a este periodo de la vida: la avaricia, el mal temperamento, la tiranía, la tendencia a aburrir.

El carácter fálico. Los individuos que conservan esta estructura, sobrevalúan sus penes, reflejan intensa vanidad y actúan su exhibicionismo. Son provocativos y desafían por medio de la agresión, tratando de dominar a los demás introduciéndose en ellos en todos los sentidos como demostramos anteriormente en la cita de Erikson sobre el periodo edípico.

Por otra parte, los fijados a la etapa fálica si son varones, tratan de demostrar su masculinidad y se manifiestan hostiles hacia el sexo opuesto. Las mujeres asumen papeles masculinos y tratan de ostentar superioridad.

En cuanto al carácter genital es un concepto ideal, difícilmente alcanzable. La sublimación lo hace tal vez posible, mas todo el concepto parece excesivamente utópico.

No presentaré aquí las caracterologías de otros escritores: Jung, Horney, Fromm, etc., por considerar que aunque toman en cuenta el factor social, las descripciones realizadas por todos estos autores presentan similarida-

des con la anterior, lo cual indica que la utilizada por los analistas ortodoxos es básicamente aceptable, o bien que los revisionistas carecen de la imaginación suficiente para descubrir una nueva caracterología.

BIBLIOGRAFÍA

- ABRAHAM, K. *The First Pregenital Stage of the Libido*, en *Selected Papers on Psychoanalysis*. Basic Books. New York, 1916.
- BENEDEK, T. *Sexual Functions in Women and their Disturbance*, en *American Handbook of Psychiatry*. Ed. Arieti, S. Basic Books. New York, 1959.
- BLUM, G. *Psychoanalytic Theories of Personality*. McGraw Hill. New York, 1953.
- BORNSTEIN, B. *On Latency*. *Psychoanalytic Study of the Child*. 6:279-285. 1951.
- BOWLBY, J. *Attachment*. Penguin. London, 1971.
- ERIKSON, E. *Childhood and Society*. Norton. New York, 1950.
- ERIKSON, E. *Identity. Youth and Crisis*. Norton. New York, 1968.
- FENICHEL, O. *The Psychoanalytic Theory of the Neurosis*. Norton. New York, 1952.
- FERENCZI, S. *Stages in the Development of the Sense of Reality*, en *Sex and Psychoanalysis*. Basic Books. New York, 1913.
- FODOR, N. *The Search for the Beloved*. Hermitage. New York, 1949.
- FRAIBERG, S. *Homosexual Conflicts*, en *Adolescents: A Psychoanalytic Approach*. Ed. Lorand, S. Hoeber. 1961.
- FREUD, A. *The Ego and the Mechanisms of Defense*. The Hogarth Press. London, 1939.
- FREUD, S. *Character and Anal Erotism*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. IX. London, 1908.
- FREUD, S. *Group Psychology and the Analysis of the Ego*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. XXIII. London, 1921.
- FREUD, S. *The Ego and the Id*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. XIX. London, 1923.
- FREUD, S. *The Dissolution of the Oedipus Complex*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. XIX. London, 1924.
- FREUD, S. *Analysis Terminable and Interminable*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. XXIII. London, 1937.
- FREUD, S. *An Outline of Psychoanalysis*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. XXIII. London, 1938.
- HARTMAN, H., KRIS, E. y LOEWENSTEIN, R. *Comments on the Formation of the Psychic Structure*. *Psychoanalytic Study of the Child*. 2:11-38. 1946.
- HOFFER, W. *Mouth, Hand and Ego Integration*. *Psychoanalytic Study of the Child*. 3:49-57. 1949.
- HUSHKA, M. *The Child Response to Coercive Bowel Training*. *Psychosom. Med*. 4:301-328. 1942.

- ISAAC, S. *The Nature and Function of Fantasy*. Int. J. Psychoanal. 29:73-97. 1948.
- JONES, E. *Anal Erotic Traits*. Papers on Psychoanalysis. Bailliere Tindall Cox. London, 1923.
- KLEIN, M. *Contributions to Psychoanalysis*. 1921-1945. The Hogarth Press. London.
- LAMPL DE GROOT, J. *On Adolescence*. Psychoanalytic Study of the Child. 15:95-104. 1960.
- PIAGET, J. *The Language and Thought of the Child*. P. Kegan. London, 1926.
- PIAGET, J. *Les Stades du Developpement Intellectuel de L'Enfant et de L'Adolescent*. Presses Universitaires de France. Paris, 1955.
- RANK, O. *The Trauma of Birth*. Harcourt Bruce. New York, 1929.
- RASKOVSKY, A. *El Psiquismo fetal*. Paidós. Buenos Aires, 1962.
- REICH, W. *Character Analysis*. Farrar Straus Giroux. New York, 1945.
- SPIEGEL, L. *Review of Contributions to Psychoanalytic Theories of Adolescence*. Psychoanalytic Study of the Child. 6:375-393. 1951.
- SPITZ, R. *Anaclitic Depression*. Psychoanalytic Study of the Child. 2:313-342. 1946.
- SPITZ, R. *No and Yes. On the Genesis of Human Communication*. International Universities Press. New York, 1957.
- SPITZ, R. *A Genetic Field Theory of Ego Formation*. International Universities Press. New York, 1960.
- SPITZ, R. *The First Year of Life*. International Universities Press. New York, 1965.
- SULLIVAN, H. S. *Conceptions of Modern Psychiatry*. W. A. White. Psychiatry Foundations. 1947.
- SUTHERLAND, J. *Notes on Psychoanalytic Group Therapy*. Psychiat. 15:111-117. 1952.

CAPÍTULO IV

EL HOMBRE Y LA MUJER

LAS DIFERENCIAS SEXUALES

Resulta probable que el versículo 21 del capítulo segundo del Génesis, sea totalmente inexacto. Al principio Dios creó a Eva y no la extrajo de una costilla de Adán mientras este último dormía.

John Money y sus colaboradores han demostrado, que la tendencia básica del embrión humano es a desarrollarse como una mujer y únicamente si los genes ordenan a las gónadas su transformación en testículos (que produzcan andrógenos), el efecto será un feto que se convertirá en hombre. Si tal suceso no ocurre el resultante es una mujer.

La naturaleza parece preferir al sexo femenino, no obstante, la cultura desde el principio de los tiempos, ha sido favorable al sexo masculino.

Biológicamente las reacciones musculares son 10% más veloces en el hombre que en la mujer. El varón corre más rápido, salta a mayor altura y posee superior fuerza física, sin embargo, las hembras lo aventajan en velocidad perceptual, agudeza y esmero en lo que realizan.

Las pruebas de inteligencia muestran insignificantes diferencias en favor del varón. Parece ser que Samuel Johnson se daba cuenta de este hecho, ya que cuando alguien le preguntó quién era más inteligente, si el hombre o la mujer, su respuesta fue: "cuál hombre y cuál mujer."

En secundaria las adolescentes obtienen mejores calificaciones que los jóvenes, pero al llegar a la preparatoria, ambos acreditan igual. En aptitudes así como en intereses, las diferencias se hacen aparentes desde un principio. Aunque las niñas son menos aptas para las matemáticas y el razonamiento espacial, ellas aprenden a contar y hablar primero y mejor. Algunos autores basan esta superioridad al hecho de que las madres tienen la tendencia de hablar más a sus hijas que con los niños. Es probable, sin embargo, que aunque este suceso se deba a factores culturales, pueda tener razones biológicas, ya que las madres hablan más con sus descendientes

femeninas debido a que éstas responden al estímulo antes. Los aspectos del medio ambiente no pueden ser separados del contacto verbal, como ha sido observado por Jerome Kagan en los niños guatemaltecos de clase humilde. La mayor evaluación del varón que hacen las madres de este pueblo es superior al de las hijas y por ello el lenguaje lo adquieren primeramente los hijos masculinos.

Se ha demostrado que los niños son más capaces de resolver los problemas analíticos hacia los cinco años de edad, no obstante, las niñas alcanzan una mayor capacidad para pensar de una manera global.

En las escalas de Allport, se ha observado que las mujeres se encuentran más interesadas en aspectos sociales y estéticos, en tanto que los hombres muestran mayor atracción hacia temas teóricos, económicos y políticos.

Las diferencias físicas aparecen aún antes del nacimiento. El latido cardíaco del feto femenino a menudo palpita más rápidamente y las niñas se desarrollan antes que los hijos masculinos. Es un hecho que la infanta reacciona con mayor energía al dolor y al tacto, así como a la pérdida del calor. Es más, Spitz ha demostrado que las niñas de doce semanas contemplan por más tiempo fotografías de caras y figuras geométricas.

Casi desde los primeros momentos de la infancia los sexos muestran intereses distintos. Erik Erikson ha encontrado que los niños utilizan el espacio en forma diferente de acuerdo con el género al que pertenecen. Las niñas a menudo construyen un muro bajo con una puerta elaborada, rodeando una escena de tranquilidad interior. Los niños por el contrario, edifican torres con cañones y escenas exteriores animadas.

Erikson acepta que factores culturales están en juego, sin embargo, ello no explica en una forma total, la manera de reaccionar de ambos sexos y el psicoanalista afirma: "Parece haber una variante paralela a la morfología (consistencia y forma), de la diferencia de los genitales: en el hombre un órgano externo, con capacidad para la erección y la intrusión; en la hembra, por el contrario, el acceso vestibular, lleva de una manera estática al óvulo expectante."

Algunos investigadores han encontrado mayor dependencia y docilidad en las niñas y marcada autonomía en los niños. Cuando se presenta una barrera las chiquillas lloran desesperadamente, los varones en cambio, la golpean e intentan derribarla. De nuevo, en este aspecto no podemos asegurar si las propias madres no han estimulado este tipo de conducta. Los estudios realizados en animales sugieren que debe haber un factor en la actitud de la madre, puesto que en los monos rhesus se observa

que las progenitoras castigan a los vástagos del sexo masculino y se muestran protectoras hacia las hembras. Este hecho ocurre aun cuando la prole haya crecido separada de la sociedad, lo cual demostraría que los roles no son necesariamente aprendidos.

Otro fenómeno que ha despertado controversia es el efecto hormonal. Los movimientos feministas descartan esta diferencia, aunque la mayoría de los investigadores están de acuerdo en que las secreciones internas determinan en parte, la razón como los sexos sienten y actúan.

Es un hecho, que los adolescentes masculinos se masturban con mayor frecuencia que los pertenecientes al sexo femenino. En general, los hombres son despertados sexualmente por una gran variedad de estímulos: fotografías, teatros, películas. Por otra parte, las mujeres no difieren en la velocidad de llegar al orgasmo, como han demostrado Masters y Johnson. Asimismo, los antropólogos Ford y Beach observaron que a menos que existan presiones específicas como en nuestra sociedad, las mujeres inician avances sexuales tan a menudo, como los hombres.

Para mostrar la realidad de la influencia endocrina, bastará con afirmar que el 50% de las admisiones hospitalarias y el 62% de los crímenes violentos cometidos por mujeres, ocurren en periodos premenstruales o durante la menstruación.

Un rasgo de carácter que demuestra la acción hormonal en una forma definitiva, es la agresión. En todas las culturas los investigadores han observado que los niños juegan más hostilmente que las niñas. La aplicación de estrógenos inhibe la agresión en los seres humanos, como en los animales. Los andrógenos por el contrario estimulan la rabia. La castración del toro bravo, lo convierte indefectiblemente en manso. El efecto hormonal puede ser observado aún antes del nacimiento. Cuando se administran andrógenos a las primates embarazadas; se advierte que las hembras recién nacidas juegan más violentamente.

Las contradicciones y hechos que hemos contemplado hasta este momento en cuanto a las diferencias que existen entre los sexos, han dado lugar a una pregunta que causa por parte de ciertas mujeres discusión: ¿son ellas distintas de los hombres? Los movimientos feministas han insistido que cualquier desigualdad fuera de la anatómica, ha sido condicionada por la sociedad.

EL PUNTO DE VISTA HISTÓRICO

La civilización occidental se basa en la creencia de que la familia gobernada por el hombre, es la piedra angular del progreso de la huma-

nidad. Es casi seguro que la doma de las bestias, así como la creación de las armas hayan sido elaboraciones masculinas, pero las contribuciones femeninas son igualmente trascendentales, puesto que ellas originaron la agricultura y la vida sedentaria. Sin embargo, no se sabe a ciencia cierta, cuándo los hombres se adueñaron de la propiedad privada y decidieron cómo debía cultivarse la tierra. Ellos proveían el alimento y señalaban con quién compartirlo. Los varones daban las órdenes, gobernaban y tomaban las decisiones. Las mujeres eran indispensables y estaban presentes, pero ocupaban una posición subordinada, sin embargo, no es cierto que estuvieran excluidas de la vida económica. Ningún trabajo era demasiado pesado para ellas, ninguna labor suficientemente fuerte para excluirlas. En el campo, las minas, mercados; así como los talleres y hogares; las mujeres eran activas y ayudaban a sus maridos o los remplazaban en su ausencia. Cuando llegaba la muerte del hombre contribuían con su trabajo al sustento de la familia. De cualquier forma, las mujeres no participaban en la guerra, sino que constituían el botín. Desde el punto de vista histórico no hacían las leyes, pero las obedecían. Adoraban a los dioses, pero no inventaban las religiones.

Es cierto, que en cualquier sociedad primitiva, las mujeres ejercen una determinada autoridad que aumenta en el hogar, sobre todo en lo que respecta a la alimentación, y en las necesidades sexuales del hombre y en el poder que ellas poseen de rehusarse a ello. Es asimismo cierto, como afirma Durant, que en ocasiones han llegado a mandar, pero estos casos han sido excepcionales. La realidad es que su posición es más bien subordinada, a pesar del desarrollo de la civilización.

El paso a la familia patriarcal constituyó una fatalidad en cuanto a la posición de la mujer. En su esencia ella y sus hijos se volvieron primero la propiedad del padre o del hermano mayor y después del esposo. En algunos pueblos era legada por el marido al morir y en ciertos lugares (Nueva Guinea, Nuevas Hébridas, Fiji y la India) eran estranguladas y enterradas con el cónyuge, o se suponía que debían de cometer suicidio con el objeto de atender al marido en el otro mundo.

En la mayoría de las sociedades primitivas, mientras el esposo se reservaba el privilegio de extender sus favores sexuales fuera del hogar; la mujer bajo las instituciones patriarcales hacía un voto de castidad antes del matrimonio y de fidelidad a lo largo del mismo. La vida de la mujer era de menor utilidad que la del hombre y cuando una niña nacía no traía la misma felicidad a la familia que el nacimiento del varón.

En el Valle del Nilo no obstante, la posición de la mujer era tan alta como en los pueblos más avanzados de nuestros días. Ellas conservaban

sus propios nombres y tenían igualdad ante las leyes. Hatshepsut y Cleopatra reinaron y gozaban de una categoría semejante a cualquier faraón. En Egipto, los hombres se casaban con sus hermanas, no tanto por romance o confianza, sino para evitar que la herencia familiar, que pasaba de madres a hijas, fuera a dar a otras manos. Legalmente la esposa conservaba el control de su dote y determinaba el empleo de la misma.

Resulta sorprendente que durante la época heroica de la civilización helena, el sexo femenino radiara con inusitado esplendor para irse desvaneciendo de la historia de los griegos. Como afirma Durant: "En Herodoto la mujer está en todos lados y desaparece para siempre en Tucídides."

La literatura griega es repetitiva acerca de las fallas de las doncellas, Aristófanes se burla de ellas con escandalosa indecencia. Es probable que los hombres juzgaran a las mujeres en términos de utilidad y las redujeran a las funciones del hogar. Su educación está destinada y se confina a los trabajos caseros, puesto que Eurípides, aparente defensor de ellas, cree que la mujer carece de posibilidades intelectuales. Platón, sin embargo, las defiende en *La República*, afirmando: "La naturaleza de la mujer es tan propia en la guarda de un estado como lo es el hombre."

Las leyes griegas introducidas por Solón sostienen que cualquier acción realizada bajo la influencia de una dama no tendrá validez y cuando el esposo muere la mujer no hereda la propiedad.

Se puede afirmar que en Roma su posición no se modificó marcadamente aunque en determinados periodos, floreció una forma de explotarla a través de la prostitución. El adulterio de ambos sexos fue común durante el Imperio.

La llegada del Cristianismo es importante en cuanto a la igualdad de los géneros dentro de las congregaciones religiosas y Jesucristo reconoció ostensiblemente el valor de la mujer como persona, pero los apóstoles judíos habían vivido en una sociedad que las menospreciaba y por ello se retraían de adoptar actitudes que además no hubieran encontrado eco en regiones hasta entonces poco propicias a la emancipación femenina. De aquí, las contradicciones tan manifiestas en San Pablo, para quien: "no existe hombre ni mujer, sino una sola persona en Cristo", y sobre todo las diferentes interpretaciones que de las sagradas escrituras verificaban los padres de la Iglesia, según que se tomara como imagen a la Virgen María o a Eva.

Resulta sumamente curioso que las mujeres que tanto contribuyeron a las artes durante todo este periodo recibieran escaso crédito y que hayan pasado al anonimato de los tiempos. El adorno de la persona y de la casa, el diseño de los vestidos, la decoración interior, el bordado y las

alfombras han tenido menor cotización de la que merecen. Los tapices eran tal vez en esta época más preciados que las pinturas y conmemoraban tanto los eventos históricos como las leyendas y sin embargo, han sido creados por manos desconocidas de millones de mujeres.

En la Edad Media el sexo femenino es un tema discutido y su interés gira alrededor de su condición moral. El problema de la educación casi no es mencionado. En España, Alfonso el Sabio, fue un defensor de la cultura femenina y de la libertad de la mujer en la elección de marido, pero es también bajo este rey que su situación legal empeora al negársele el derecho de ser juez y abogado. Hasta ese momento no había existido limitación jurídica a las tareas que podían desempeñar las mujeres y de hecho, las hubo que ocuparon cargos de relieve dentro de la organización de las ciudades.

Los siglos xv y xvi resultan sumamente interesantes, pues en ellos se desarrolla un verdadero culto a la mujer, tanto en el campo sentimental como creativo. Ejemplos de lo anterior serían la *Beatriz* del Dante y la obra imperecedera de Santa Teresa de Jesús.

La creciente industrialización a través del tiempo fue transfiriendo las actividades de la mujer hacia el hogar y su valor económico disminuyó. Tanto ellas como los niños dejaron así de representar una ventaja y fueron inutilizados, haciéndose cargo de ellos el hombre. Los esfuerzos por restablecer a la mujer dentro del proceso productivo y el de limitar la extensión de las familias ha proseguido desde entonces hasta nuestros días.

La característica común del trabajo femenino de todas las épocas comparado con el del hombre fue y ha sido siempre de naturaleza subsidiaria, vale decir que involucra una cierta ayuda para los hombres de la familia, antes que la independencia, en segundo lugar es remunerado en una proporción menor y por último desempeña un papel de mano de obra suplementaria y no se realiza después de un aprendizaje sistemático. Esta es una de las razones que el movimiento feminista ha puesto en la educación y que surgió a partir del momento en que Mary Wollstonecraft elevó su voz en favor de la emancipación femenina al publicar en 1792, *A Vindication of the Rights of Women* (*Vindicación de los derechos de la mujer*). La propia vida de Mary, parecía ser una prueba de la necesidad de reivindicar los derechos del sexo femenino y de luchar contra su postergación social y legal a fin de darle oportunidad de defenderse.

Mary Wollstonecraft había nacido en Inglaterra y fue testigo de los malos tratos dados a su madre por un marido tiránico y cruel. Con el tiempo tuvo que ayudar a su hermana a escapar de una situación seme-

jante, debido a que las leyes no protegían a la mujer en estos casos. Ella misma intentó suicidarse al ser abandonada por un hombre, hasta que se casó con el filósofo anarquista Godwin, con el cual procreó a una hija, Mary, magnífica escritora que habría de casarse con el poeta Shelley.

La realidad de aquella época, inicios de la revolución industrial, había provocado que la mayoría de las manufacturas domésticas se encontraran en profunda decadencia. Algunos de los trabajos específicamente femeninos habían sido absorbidos por las fábricas. Tales fueron los hornos de las panaderías, la elaboración de la cerveza, confección de los jabones, la sastrería, etc. La gran prosperidad produjo la veneración de la riqueza y del dinero. El prestigio de un hombre exigía que su mujer e hijas no realizaran trabajo alguno que fuera de provecho. Si debido a su mala suerte, la hija de una familia tenía que ganarse la vida, solamente se le abrían dos posibilidades: institutriz o costurera. Ninguna de estas oportunidades eran bien remuneradas.

La decadencia del Cristianismo traída por el progreso sin precedentes en las ciencias físicas y los inventos durante el siglo XIX, trajo como consecuencia los primeros indicios de la rebelión femenina. Es posible que el movimiento en contra de la esclavitud, ayudara a las mujeres para que alcanzaran fuerza política y en 1848 tuvo verificativo la convención de Seneca Falls en Nueva York para defender los derechos femeninos.

La historia social del siglo XIX abunda en mujeres que abrieron caminos en todos los órdenes. Francis Wright trabajó en favor de la solución práctica del problema de la esclavitud. George Sand fue una inconformista francesa, partidaria de un socialismo humanitario y sentimental. La idea central en algunas de sus obras es que la mujer debe pronunciarse contra ciertas pretensiones masculinas. Florencia Nightingale reorganizó los servicios hospitalarios durante la guerra de Crimea y creó una nueva carrera para la mujer, la de enfermera o ayudante de hospitales. Emilia Pardo Bazán, excelsa escritora que se atrevió a narrar en su novelística, temas que no eran específicamente femeninos, levantando todo tipo de controversias en su época y sobre todo, aunque vivió la mayor parte de su vida durante el presente siglo, Virginia Woolf, una de mis escritoras favoritas por su finísima sensibilidad.

Todas ellas ayudaron a demostrar la capacidad de la mujer para organizar, investigar, realizar y crear toda suerte de tareas intelectuales y produjeron un nuevo carácter femenino, diferente del ideal dominante en épocas precedentes, rompiendo con la imagen de la esposa sumisa y respetable cuya vida estaba circunscrita a los hijos, la cocina y la iglesia.

Sin embargo, todas estas contribuciones constituían simples experiencias individuales. En la ciencia, el arte, la política, la religión y la filosofía, la influencia masculina ha predominado a lo largo de miles de años. La creatividad, salvo unas cuantas destacadas excepciones, ha sido prerrogativa del hombre. Ellos han inventado las máquinas, acumulado la riqueza y hecho las guerras.

En las últimas décadas del siglo xix y comienzos del xx, la mujer fue gradualmente admitida a la vida universitaria, las leyes de la propiedad fueron reformadas a su favor, las del matrimonio y del divorcio se modificaron para mejorar su situación y a partir de 1920 se les fue otorgando el voto. Las mujeres son en su mayoría admitidas en casi todas las profesiones y el sexo ha dejado de ser un criterio para la división del trabajo. El único problema que aparentemente todavía prevalece es el de obtener igual remuneración por la misma labor, dado que las posibilidades que ellas tienen de alcanzar posiciones elevadas se encuentran aún reducidas. Por supuesto, que lo anteriormente expuesto sucede en la mayoría de los países occidentales adelantados. Otro es el caso de ciertos pueblos africanos, de la India o el Japón.

EL PUNTO DE VISTA PSICOANALÍTICO

Llama la atención el hecho de que el estudio de la mujer desde el punto de vista científico no se iniciara hasta la segunda mitad del siglo xix. Anteriormente a esa fecha lo único que se afirmaba en relación al sexo femenino era que las mujeres se mostraban más sentimentales que racionales, que carecían de exactitud en sus observaciones y que estaban faltas de sentido común.

No es necesario repetir que salvo las aportaciones de Marx al terreno económico y de Einstein al espacio, ninguna teoría ha afectado tanto las perspectivas actuales como el Psicoanálisis. Sigmund Freud logra su descubrimiento alrededor de 1895, cuando cuenta con las suficientes armas técnicas para profundizar en su investigación y es interesante hacer notar que durante más de los primeros catorce años de la nueva ciencia, se dedicó a estudiar y tratar una mayoría de mujeres histéricas, que le proporcionaron el material básico para las publicaciones más importantes psicoanalíticas.

Las ideas de Freud sobre la psicología femenina están expresadas en numerosos escritos, sin embargo, donde se encuentran expuestas con mayor amplitud es en *New Introductory Lectures (Nuevas aportaciones al Psicoanálisis)* de 1933. En esta obra el genio vienés nos habla de que el

desarrollo del carácter femenino está, desde su comienzo determinado por una característica anatómica esencial, formulada en términos negativos: la falta de pene.

Esta ausencia es considerada como una deficiencia por parte de la mujer. Todos los rasgos de su carácter, intereses, actitudes, emociones y deseos femeninos son en alguna forma, reacciones frente a ese defecto esencial. Para Freud, existe en la mujer una insatisfacción respecto a su papel sexual. Esta situación se expresa en los sentimientos de inferioridad, en el desprecio hacia su propio destino, en la rebelión contra su papel pasivo, en la envidia hacia la mayor libertad del hombre, en la ambición de igualarlo en el terreno de las realizaciones intelectuales o artísticas, en los esfuerzos por obtener independencia, en la tendencia a dominar a los demás y en todos los artificios utilizados para compensar la desventaja que las coloca de hecho, en no ser hombres. La raíz de todas las inconformidades y mecanismos compensatorios, se encuentran según Freud en el temprano descubrimiento que realiza la niña, cuando comprende que le falta un órgano fundamental.

Esta diferencia también origina de acuerdo con el psicoanalista, el narcisismo acentuado que la mujer muestra ante el mundo que la rodea y Freud afirma: "La vanidad es en parte un efecto más de la envidia hacia el pene, ya que se ve impulsada a estimar en alto grado sus encantos físicos, como una tardía compensación por su inferioridad sexual original."

En su libro *Three Essays on the Theory of Sexuality* (*Tres ensayos sobre la teoría sexual*) de 1905, Freud nos habla de los factores que obstaculizan el desarrollo psicológico de la mujer y de la dificultad que ella experimenta en su transición de la sexualidad infantil a la adulta, que también por razones orgánicas resulta sumamente difícil y afirma: "La libido, o sea la fuerza motora de la vida sexual misma, es sólo una para ambos sexos y se halla tanto al servicio de la función masculina como femenina." En la etapa infantil los dos sexos pasan por la fase oral, la anal y la fálica (así designadas según el órgano en el cual se centra la gratificación de la libido). Tanto el niño como la niña despliegan la misma cantidad de actividad y agresividad. Cualquier diferencia que exista débese a variaciones individuales.

Según la teoría freudiana, el órgano que constituye la zona erógena dominante en la niña y el centro de la actividad masturbatoria durante la etapa fálica es el clítoris, equivalente femenino del pene. En el tránsito hacia la sexualidad adulta, ella debe cambiar este centro de sensibilidad y descubrir por así decirlo, un nuevo órgano: la vagina. Para

que la mujer desarrolle su feminidad total debe de cambiar de zona erógena.

Freud afirma que la situación edípica se desarrolla de una manera distinta en ambos sexos. En la niña la elección de objeto se complica debido a su cercanía temprana con la madre y la consecuencia de tener que transferir su amor hacia el padre. De este último espera la niña el órgano masculino que la madre le ha negado; deseo que más tarde se transforma en el querer tener un hijo con el padre.

Tal desarrollo de acuerdo con el fundador del Psicoanálisis, hállese en notable contraste con el del varón y es utilizado para explicar la característica diferencia mental de los dos sexos. El niño teme sus deseos sexuales hacia la madre ante la amenaza de castración que como castigo puede el padre infligirle. En la niña no existe tal conflicto, puesto que su castración ha sido un hecho cumplido y por lo tanto no representa amenaza alguna.

La pubertad es para la adolescente un periodo de crecientes represiones, mientras que para el varón entraña una etapa de nueva intensificación de los impulsos. A partir de este momento el sexo femenino se ve obligado a reprimir la parte masculina de su ser, lo que coincide con el tránsito de la zona erógena desde el clítoris al órgano definitivo: la vagina. Este cambio de los centros sensibles y su dificultad para que acontezca predispone a las mujeres hacia la histeria.

La absorción de tanta energía psíquica por este proceso de desarrollo, es asimismo responsable de la menor facultad que las mujeres poseen para la sublimación. Acerca de este punto pudiera decirse que aunque Freud no llega en ningún momento a afirmar, que las personas pertenecientes al sexo femenino tengan una inteligencia menor, sí podría pensarse que tienen ciertas limitaciones. De aquí, que se infiera que la mujer por su naturaleza, está excluida de participar en la misma forma que el hombre en actividades creativas.

Las ideas de Freud podrían resumirse de la siguiente manera: la envidia del pene se convierte en una disposición general hacia la envidia, los celos y la injusticia social. Existe por parte de la mujer una inclinación mayor hacia el narcisismo, si se la compara con la que presenta el hombre y una capacidad menor de sublimación, lo cual disminuye sus realizaciones culturales.

Karen Horney en 1924 considera la interpretación freudiana de la psicología femenina, como un producto del narcisismo masculino y se opone a ella. Aunque esta autora reconoce que la niña se halla constitucionalmente en desventaja si se la compara con el varón; sobre todo en

cuanto a la satisfacción de tendencias exhibicionistas y masturbatorias difícilmente alcanzables. Karen Horney toma en cuenta un factor que Freud había pasado por alto y que resulta ser trascendental: la maternidad. La psicoanalista afirma: "Cuando la mujer alcanza su madurez y se convierte en madre, una gran parte de la vida sexual (quizás mayor que la del hombre, en lo que respecta a poder creador) pasa a ella." Su capacidad hacia la maternidad es en el fondo una superioridad indiscutible y la autora añade: "La tremenda fuerza que tiene en el hombre el impulso hacia el trabajo creativo en todos los campos ¿no se debe en realidad al sentimiento de que representa un papel relativamente menor en la creación de seres vivientes? Sentimiento que lleva a los hombres en todo momento a compensar esa deficiencia, mediante sus realizaciones."

Otras dos contribuciones importantes al Psicoanálisis de la mujer han sido las de Helene Deutsch y Marie Bonaparte. La primera publicó dos volúmenes en 1944 y 1945, *The Psychology of Women*, traducidos al castellano. En esta obra Deutsch examina el ciclo total de la vida desde niña hasta el climaterio. Su punto de vista coincide casi en la totalidad con lo expuesto por Freud, del cual afirma: "No dejó nada por descubrir."

No obstante, Helene Deutsch hace resaltar con mayor profundidad las reacciones al embarazo, hacia el cual la mujer puede mostrar cambios favorables o desfavorables. Es indudable que el narcisismo hacia el hijo es parte del propio yo y la embarazada muestra su ambivalencia en contra del hijo en el útero, la cual se manifiesta en la lucha final del parto, cuando los impulsos hostiles son movilizados hacia la expulsión de un objeto previamente incorporado.

La princesa Marie Bonaparte publicó en 1953 un texto en el cual se hace un esquema del problema de la bisexualidad. De acuerdo con ella, la presencia de lo masculino en la mujer no es más frecuente que el predominio de lo femenino en el hombre. Para Bonaparte el complejo de castración es fundamental y si la mujer no lo acepta corre el peligro de no admitir amorosamente el pene del hombre en el acto sexual.

Con el objeto de no hacer demasiado extenso, tedioso y repetitivo este capítulo, no he añadido las contribuciones de otros autores interesantes como Ruth Mack Brunswick, Melanie Klein, etc. Sin embargo, resulta importante hacer notar aquí, que uno de los primeros campos que se abrieron para la participación femenina fue el Psicoanálisis. Prueba de ello es que de los autores citados aquí, casi su mayoría han sido mujeres y el mismo Freud a pesar de la época victoriana en que vivía, siempre se mostró sumamente receptivo a todas las aportaciones femeninas en psicología.

MACHISMO VS. FEMINISMO

La nueva mujer ha sido proclamada desde hace más de un siglo, a partir de que Ibsen dejó que Nora Hemer saliera de su *Casa de Muñecas* en 1879. La mujer ha emergido de la nada, para convertirse en una participante activa, pero al mismo tiempo ha iniciado un movimiento en escala masiva para su liberación; en la misma forma que las conmociones estudiantiles. Es la creencia del sexo femenino que las viejas tradiciones pueden ser cambiadas. Las reacciones hacia el cambio han sido tanto sociológicas, como históricas y aun psicológicas. Las demandas para la igualdad, no obstante, parecen inmensamente complicadas.

En el mundo actual los tres grandes valores parecen ser: el poder, el dinero y el sexo; las mujeres en raras ocasiones escalan las más altas posiciones de la jerarquía gubernamental y en un mundo conducido por hombres, son recibidas con una cierta ironía. Afortunadamente para ellas el poder del dinero, que obtenían a través del sexo en épocas pretéritas y aquí me refiero tanto a la sexualidad legítima en la forma de matrimonio o sin el mismo; ello ha sido modificado parcialmente y las mujeres de hoy en día saben que lo que lleva al poder y al dinero es la educación.

Este aspecto del movimiento feminista en favor de la reivindicación de los derechos de emancipación son indudablemente loables y realistas. Sin embargo, el punto crucial sin resolver continúa siendo el sexual, el cual no puede ser dejado en su totalidad en manos de los ideólogos. Los dos sexos son diferentes, lo cual se podría colocar en términos que el biólogo Ounsted pretende: "Ambos somos seres humanos y en ese sentido iguales. Sin embargo, no somos el mismo." Las mujeres no presentan una deficiencia como pretendía Freud, pero la naturaleza les ha dado mayor responsabilidad en la crianza de los hijos y esto puede observarse lo mismo en el mundo occidental, que en el comunista, África y aun en el Kibutz israelí. Aunque las habilidades maternas son aprendidas, es un hecho, que en los animales que crecen en aislamiento con los hijos de la misma especie, es la hembra la que toma el cuidado de los pequeños.

El acto sexual en sí mismo da papeles diferentes a los dos sexos. El hombre tiene que ser el que penetra y la mujer debe ser receptora. Para funcionar el varón debe mantener una erección hasta llegar al orgasmo, para satisfacer a la hembra. Esto quiere decir que en cierta forma el sexo masculino se expone y demuestra una habilidad. El femenino, por otra parte no tiene que probar nada. La mujer no necesita más que el deseo para satisfacer al hombre. Parece ser que Shakespeare percibía esta situa-

ción al afirmar: "Para que dos personas guíen un caballo, una tendrá que ir detrás."

El estado psicológico de las mujeres en la época presente se caracteriza por una ambivalencia entre sus nuevas y justas ideologías y las actitudes tradicionales. Algunos rasgos de la pauta cultural han cambiado demasiado rápidamente provocados por el control de la natalidad, pero al mismo tiempo se ha abierto una grieta entre las condiciones materiales y las posiciones acostumbradas por la historia. Los cambios que pueden ser afectados más profundamente son los de la organización familiar. La situación tradicional de la autoridad centrada en el padre ha desaparecido y está surgiendo un intento de democratización en las dinastías familiares. Sin embargo, la transmisión de la herencia social corre peligro, al abolirse los roles de una generación a la siguiente y esta amenaza es particularmente inquietante con el advenimiento del unisex, que en forma indudable traerá defectos de identidad.

El conflicto femenino en el hogar se hace cada vez más patente ante la divergencia que plantea la crianza de los hijos y las exigencias del trabajo. Estos aspectos son las únicas objeciones que yo puedo hacerle a la necesaria emancipación de la mujer.

Aunque no conozco que exista ningún movimiento en favor del machismo, sí podría afirmar que éste ha estado inconscientemente vigente a lo largo de la historia y de la cultura.

Se ha hecho demasiado hincapié en el machismo mexicano, sin ver que éste es en el fondo universal, aunque en cada país toma sus características propias. Luigi Barzini en su libro sobre los italianos, habla del orgullo de independencia de los hombres de ese país y que para ellos la mujer fue situada en este mundo únicamente para divertirlos y como objeto decorativo: "Ella debe ser colocada como todos los seres inferiores, negros y esclavos, en su lugar para su propio beneficio."

En Francia, Napoleón afirma que "Anatomía es destino" (frase que posteriormente utilizó Sigmund Freud), es autor de un código de leyes que legisló al país por más de 150 años. Dicho reglamento es una forma absoluta de misoginia, pues en el artículo 223 da el derecho al marido de prohibir el trabajo de su esposa. El 1428 proporciona la administración de los bienes de la mujer al hombre. Hasta el año de 1965 ellas no podían abrir una cuenta independiente en un banco. No obstante, como afirma De Gramont: "La originalidad de la mujer francesa consiste en haber tenido el poder a pesar de estar privada de sus derechos legales."

En la sociedad alemana, nos dice Erikson: "Cuando el padre vuelve a la casa hasta las paredes tienden a atiesarse (*nehmen sich zusammen*). La

madre comienza a comportarse lo suficientemente distinta para que el niño pueda darse cuenta. Se afana por satisfacer los humores del padre y evitar disgustarlo. Los niños retienen hasta la respiración porque al padre no le gustan las torpezas, es decir, no tolera ni el modo de ser femenino de la madre ni el juego de los hijos. Exige a su mujer que esté a su disposición todo el tiempo que él se encuentra en la casa. Se dirige a la madre del mismo modo con que habla con los hijos, descontando la sumisión y cortando cualquier objeción."

En México, como afirma Santiago Ramírez, el machismo toma aspectos dramáticos: "La mujer es objeto de conquista y posesión violenta y sádica, es profundamente violada y hendida." El problema provendría en una conjunción difícil llevada a cabo por dos razas, una formada por los conquistadores masculinos que se impuso a la nativa. El anhelo de la figura femenina original provocó cierto desprecio hacia las mujeres del país receptor, formándose una nueva mezcla racial, con dificultades de identidad en los hijos.

Una actitud típica de machismo es la que adoptó el escritor alemán Otto Weininger en su libro *Sexo y carácter*, de 1903. Para este autor la mujer tiene una sola finalidad y un interés esencial: la sexualidad. El sexo femenino no posee normas morales propias y la constante obediencia a las ajenas ha originado en las mujeres la costumbre de mentir, la hipochondria y la predisposición a la histeria. Todo el libro es una acentuación de los defectos femeninos y alabanza de lo masculino. Para Weininger la mujer carece de la capacidad de pensar con claridad y no posee más memoria que la aptitud de repetir lo que le han enseñado elementalmente. Su juicio es por lo tanto inseguro. Es sentimental, pero incapaz de experimentar emociones profundas. No suele apreciar los valores permanentes.

Como ya hemos hecho notar a lo largo del punto de vista histórico, ha sido casi constante el predominio del sexo masculino a lo largo de la evolución humana. El típico orgullo viril ha gustado en todos los tiempos de ejercer su dominio que considera lícito.

CONCLUSIONES

La sexualidad impone distintas exigencias corporales al hombre y a la mujer, constituyendo la causa fundamental de la actitud de los sexos ante el proceso de la producción. Tal vez, la carga del embarazo y la crianza hayan sido las causas de la vida errante del hombre y su mayor placer en la cacería, recorriendo la tierra en expediciones de rapiña, de guerra, en empresas comerciales y de navegación. La mujer, por el contrario, se

debe al cuidado del recién nacido, llevándolo consigo y cargándolo aun en épocas de vida errante de la familia y posiblemente con gran sufrimiento de ella. Indudablemente, por esto último la mujer fomentó la vida sedentaria e inició el cultivo de la tierra. Es importante hacer notar aquí que el hombre por esta circunstancia la desplazó del proceso económico y se convirtió en el líder.

La vida ambulatoria del padre hizo que para garantizar su paternidad, comenzara a vigilar a la mujer y esclavizarla. El seno materno es el que hace crecer la semilla del hombre y es la mujer al amparo de su cuerpo la que le da alojamiento.

Existen en la naturaleza tanto instintos maternos como paternos, pero estos últimos suelen presentarse con menor fuerza. Solamente entre ciertas aves los machos empollan, cuando la hembra muere o es reclamada por una nueva incubación. Entre los primates existen padres de una ternura extraordinaria. El gorila macho se conduce como protector consciente de la familia. También en ciertos pueblos primitivos se observa un acentuado instinto paternal. Tal sucede entre los negros y cuantos lo han presenciado encomian el amor de los esquimales hacia sus hijos.

El problema del hombre y la mujer encarado desde cualquiera de los ángulos que hemos visto, no puede referirse a los méritos de un sexo sobre el otro. La humanidad es una totalidad. El hombre y la mujer son distintos, pero se complementan y juntos forman una unidad. Son dos aspectos de la misma esencia. Los dos sexos por diferentes que sean, están hechos el uno para el otro y se integran mutuamente formando la bipolaridad de la vida.

BIBLIOGRAFÍA

- ALLPORT, G. W. *Handbook of Social Psychology*. Clark Univ. Press. Worcester, 1954.
- BARD, P. *Macleod's Physiology in Modern Medicine*. Mosby. St. Louis, 1941.
- BARZINI, L. *The Italians*. Penguin Book. London, 1968.
- BISHOP, M. *The Horizon Book of the Middle Ages*. American Heritage. New York, 1968.
- BONAPARTE, M. *De la sexualité de la femme*. Presses Universitaires de France. Paris, 1951.
- BOSWEL, J. *The Life of Samuel Johnson*. 2 vols. Everyman's London 1763 (1975).
- DE GRAMONT, S. *The French. Portrait of a People*. Putnam. New York, 1969.

- DEUTSCH, H. *The Psychology of Women*. 2 vols. Grune and Stratton. New York, 1944-1945.
- DURANT, W. *The Story of Civilization*. 11 vols. Simon Schuster. New York, 1954-1976.
- ERIKSON, E. *Infancia y sociedad*. Hormé. Buenos Aires, 1959.
- ERIKSON, E. *Inter and Outer Space. Reflections on Womanhood*. Daedalus. 1:22-36. 1964.
- FREUD, S. *Three Essays on the Theory of Sexuality*. Standard Edition. Hogarth Press. Vol. 7:125-244. 1905.
- FREUD, S. *Totem and Taboo*. Standard Edition. Hogarth Press. Vol. 13:1-161. 1913.
- FREUD, S. *Female Sexuality*. Standard Edition. Hogarth Press. Vol. 21:223-243. 1931.
- FREUD, S. *New Introductory Lectures on Psychoanalysis (Femininity)*. Standard Edition. Hogarth Press. Vol. 22:112-136. 1933.
- FORD, C. y BEACH, F. *Patterns of Sexual Behavior*. Harper. New York, 1951.
- GOLDENSON, R. *Encyclopaedia of Human Behavior*. 2 vols. Doubleday. New York, 1970.
- HAMMOND, N. *A History of Greece to 322 B.C.* Oxford, 1967.
- HORNEY, K. *New Ways in Psychoanalysis*. Routledge Kegan, Paul. London, 1961.
- KAGAN, J. *Do Infants Think?* Scientific American 226:74-83. 1972.
- KLEIN, V. *El carácter femenino*. Paidós. Buenos Aires, 1951.
- LANGER, M. *Maternidad y sexo*. Nova. Buenos Aires, 1959.
- MASTERS, W. y JOHNSON, V. *Human Sexual Response*. Little Brown. Boston, 1966.
- MONEY, J. HAMPSON, J. G. y HAMPSON, J. L. *Imprinting and the Establishment of Gender Role*. AMA. Arch. Neurol. and Psychiat. 77:336-336. 1957.
- RAMÍREZ, S. *El mexicano. Psicología de sus motivaciones*. Pax. México, 1959.
- SPITZ, R. *The first Year of Life*. IUP. New York, 1965.
- WEININGER, O. *Sex and Character*. Heineman. London, 1906.
- WOLLSTONECRAFT, M. *A Vindication of the Rights of Women*. London, 1792 (1968).

CAPÍTULO V

GENERALIDADES SOBRE LAS NEUROSIS

A partir del advenimiento de la teoría estructural en 1923, Sigmund Freud se siente capaz de dar una explicación sobre los dos grupos fundamentales dentro de la Psicopatología y por ello escribe dos artículos cortos que continúan siendo hasta la fecha los más claros y precisos para diferenciar las neurosis de las psicosis.

Freud (1924) afirma que las neurosis son el resultado de un conflicto entre el *yo* y el *ello*, es decir, este antagonismo se desarrolla debido a que el *yo* se niega a aceptar un impulso instintivo del *ello*, ya sea encontrándole una salida motora o por medio de prohibiciones (*superyo*) en relación al objeto hacia el cual se dirige. El mecanismo general que las neurosis utilizan es la represión. El material así refrenado lucha en contra de su destino y crea una representación sustitutiva: el síntoma. El *yo* que se encuentra amenazado continúa la contienda en contra de este último a semejanza de la que entabló en oposición del impulso. Podríamos resumir que en las neurosis el *yo* depende de la realidad para sobrevivir, pero reprime una parte del *ello*.

Según Freud, las psicosis presentan una alteración entre el *yo* y el mundo externo, o sea, que esta estructura se coloca al servicio del *ello* y se retira de la realidad. En las psicosis por lo tanto, predominará el *ello*.

Sin embargo, lo anteriormente descrito no es totalmente exacto, puesto que en las neurosis también observamos que una fracción de la realidad es evitada, por medio de la huida. Los neuróticos no desconocen ese segmento del mundo externo, pero lo ignoran o lo modifican para su propia ventaja. En los psicóticos la transformación de la realidad es llevada a cabo utilizando trazas de memoria, ideas, fantasías, etc., que se recuerdan y con la aparición de nuevas percepciones que se le añaden. Esto lo observamos claramente en los delirios donde surgen ilusiones o en los esquizofrénicos donde predominan las alucinaciones.

Podría concluirse en relación a la diferencia entre las neurosis y psicosis, que ambos conflictos se derivan de la perturbación de las funciones del *yo*, ya sea que éste se alíe con el mundo real o que dependa del *ello* para siempre.

Nadie conoce a ciencia cierta el esquema bajo el cual Freud clasificaba a las enfermedades mentales, dado que el creador del Psicoanálisis parecía interesarse más en el elemento dinámico implícito que en el diagnóstico. Sin embargo, podría inferirse, puesto que no existe publicado en ninguno de sus escritos, que Freud conocía básicamente dos tipos de neurosis, las que denominaba actuales y que incluían: la neurosis de angustia, la neurastenia y la hipocondría. Las neurosis de transferencia que abarcaban: la histeria, las fobias y la obsesivo-compulsiva.

Las psicosis eran consideradas como alteraciones narcisistas y comprendían las esquizofrenias, la melancolía y la paranoia, que Freud insistía en mantener separada como una entidad.

Escasas son las menciones del médico vienés hacia las psicopatías y únicamente una vez se refirió a aspectos psicosomáticos en relación con alteraciones visuales.

El *Manual de Diagnóstico y Estadística de la Asociación Psiquiátrica Americana* clasifica a las neurosis en tres grupos básicos: 1. Las psiconeurosis propiamente dichas; 2. Las reacciones psicofisiológicas, y 3. Los desórdenes de la personalidad.

Podría decirse que en las neurosis en general, todos los síntomas dan la impresión de irrumpir en la personalidad de una fuente desconocida; algo que altera la continuidad de la vida y permanece alejado de la conciencia. Esto puede simplemente ser un cambio de las funciones corporales o la invasión de emociones que parecen injustificadas, como sucede en las crisis de angustia o en las depresiones. También se manifiesta la neurosis a través de pensamientos que dan lugar a las obsesiones o a los rituales compulsivos.

Pienso que todas las neurosis están enclavadas en un carácter, a las que debemos denominar neurosis de carácter. Es decir, los síntomas no son otra cosa que interrupciones que sufre el individuo debido a que los eventos externos se oponen a sus impulsos y todos ellos son sustituciones de los fenómenos de descarga. Por lo tanto, la aparición de los síntomas no es más que una insuficiencia de la estructura o sea del *yo* para controlar o bloquear la salida.

Por lo anterior quiero hacer notar que en el presente libro, conservaré únicamente dos formas de neurosis de carácter como fundamentales: la histeria y la obsesivo-compulsiva. Creo que los otros tipos descritos, tales

como la neurosis de angustia, fóbica y depresiones, son simplemente síntomas que se presentan en estas dos disposiciones básicas y serán revisadas como tales, sin considerarlas entidades patológicas en sí mismas.

LA ANGUSTIA

La resultante de cualquier conflicto es la angustia. Consecuentemente el meollo dinámico es el diferente tipo de defensas, que utilizamos en contra de ella, las cuales en el fondo representan los síntomas básicos de las neurosis. De cualquier manera podemos afirmar que la mayoría de los pacientes no reconocen la conexión entre los síntomas y el conflicto profundo. Sin embargo, todos ellos parecen preferir el síntoma y a esto es a lo que llamamos la ganancia secundaria.

La angustia es mencionada como una alteración por los escritos médicos de todos los tiempos desde Hipócrates. Las palabras sinónimas que se utilizaban para designarla eran: ansiedad, inquietud, congoja, desconsuelo, incertidumbre, etc. La mayoría de los autores clásicos la consideraron como una manifestación inicial de la depresión.

Griesinger (1845) fue el primero que separó la melancolía de la angustia, afirmando que esta última acompaña también a los estados psicóticos. Es más, relacionó la ansiedad con el *yo*, al que consideraba el centro de su Psicología. La aparición del texto de Kraepelin en 1883, hizo que se abandonaran algunas de las ideas de Griesinger, las cuales indudablemente deben haber influido a un joven estudiante de Medicina austriaco de nombre Sigmund Freud.

A mediados del siglo XIX, los médicos comenzaron a notar que la angustia pudiera ser el síntoma principal de una persona que no padecía enfermedad psiquiátrica alguna, pero que reaccionaba con ella a las enormes tensiones de la vida. Es necesario agregar aquí, que durante ese mismo siglo el interés en el tema creció, debido a los escritos filosóficos y literarios alemanes, de tal manera que la palabra "Angst" se convirtió en una voz dominante en la vida de entonces.

El término neurastenia fue acuñado por el norteamericano Beard en 1871, aunque había sido utilizado con anterioridad, de tal forma que el primer trabajo importante de Freud sobre el tema de la angustia, es escrito para separarla como neurosis, del síndrome neurasténico en 1895.

El cuadro clínico que Freud describe es el siguiente: irritabilidad general, expectación, sobresaltos súbitos angustiosos, despertar por la noche con miedo, el vértigo, alteraciones digestivas y también parestesias. Según el psicoanalista vienés, toda la angustia se deriva de una conexión esencial de origen sexual.

En las mujeres la ansiedad se observa en: las vírgenes, las adolescentes, la recién casada, en aquellas cuyos maridos sufren de eyaculación precoz o de impotencia y en las que se ven forzadas a practicar el coito interrumpido; las viudas también sufren de angustia y por supuesto las abstinentes. En cuanto a los hombres se observa en los casos similares y en aquellos que se contentan con mirar o tocar a las mujeres. De acuerdo con Freud el elemento fundamental que provoca la angustia es la libido (energía sexual) reprimida, la cual se transforma en la ansiedad que aparece posteriormente en una forma libre y flotante como un síntoma.

No obstante, la magnífica explicación teórica expuesta por Freud, se podría someter a crítica, debido a que únicamente nos aclara el mecanismo de la angustia, mas no sus causas. Fue por ello que el genio vienés intentó de nuevo explicarla en 1925, dando una interpretación diferente al proceso. La angustia sería la causa de la represión. Para ello contaba Freud con la teoría estructural y por lo tanto con el yo. Éste sería el asiento donde tendría lugar el conflicto que provoca la ansiedad y a través de su mecanismo anticipatorio nos daría la señal que permitiría la represión de la libido. En otras palabras, la angustia provendría de un aumento de la energía sexual, o bien de una falla en los mecanismos defensivos.

El ejemplo clásico que Freud siguió, para demostrar lo anterior, fue el caso de Juanito, publicado por primera vez en 1909 y que fue retomado en 1925. El paciente contaba con cinco años de edad y presentaba reacciones de pánico ante la idea de salir a la calle. El psicoanalista lo explicaba por los sentimientos edípicos del niño hacia su madre, a resulta de los cuales experimentaba tremenda hostilidad contra el padre. La represión de ello se convertía en un síntoma: la hipofobia, es decir, Juanito presentaba miedo a salir a la calle, porque podía ser castrado por un caballo. Según Freud, el cuadrúpedo representa al padre y la idea de ser devorado por éste, es típica del material expresado por los niños de esta edad.

Otros autores buscaron explicación al origen de la angustia en otras hipótesis. Rank en el trauma del nacimiento. Adler en el complejo de inferioridad. En la actualidad el fenómeno ha sido estudiado como resultado del proceso existencial. Aunque ya había muerto en 1855, Sören Kierkegaard, filósofo danés, describía los efectos de la angustia que podrían ser aplicados a nuestro tiempo, pues hablaba de la búsqueda de diversiones o de la música escandalosa para escapar de los pensamientos solitarios, pero todo es en vano, la angustia examina al acusado y nunca lo deja huir, ni a través de la alegría ficticia, ni del ruido, ni por medio del trabajo, ni en el juego, ni de día, ni durante la noche.

La influencia de las fuerzas sociales ha sido señalada por Fromm, quien ha insistido en que el problema de la angustia reside en el valor con el cual se cataloga al objeto que la provoca. Mowrer ha hablado de la ambivalencia que éste representa.

Cuando algo se vuelve tan universal como la angustia es difícil medirla o clasificarla. El hombre no sería humano si no sufriera la ansiedad. Es imposible asegurar que en la actualidad la inquietud es mayor que en otros tiempos. Varias épocas han sido señaladas en las cuales el ser humano debe haber padecido intensa angustia. La invasión de Grecia por los persas, las grandes migraciones como resultado de la caída del imperio romano. La llegada del año 1000, en el cual se suponía que ocurriría el juicio final. La edad de los grandes descubrimientos: Copérnico y Galileo moviendo la Tierra del centro del universo, Colón revelando la existencia de un nuevo mundo. El apogeo de la revolución industrial y con ello el abandono parcial de la mano de obra humana. La depresión de 1929 y las dos guerras mundiales, etcétera.

Todos estos acontecimientos provocaron momentos de gran angustia, lo cual apoyaría a aquellos que nos hablan de la importancia del factor socioeconómico en el desarrollo de la ansiedad, sin embargo, podemos concluir que el mecanismo freudiano permanece en el fondo de las teorías actuales.

A través de los siglos la civilización cristiana nos auguraba que la angustia y la culpa eran partes de la naturaleza humana; que en su pequeñez el hombre se encontraba desamparado y que existían suficientes hechos de los cuales debería sentirse culpable. El remedio para todos ellos se encontraba en la fe. Con la llegada de la "edad de la razón", el hombre trató de encontrar nuevos dioses: el poder, el dinero, la intelectualidad, pero ninguno de ellos lo han calmado, puesto que son simples agregados narcisistas. Kirilov, personaje de *Demonios*, de Dostoievsky, dice: "Si no existe Dios, yo mismo soy Dios." Tal vez ésta haya sido una de las múltiples razones por las que el advenimiento del Psicoanálisis fue visto como una posibilidad para reducir la angustia, sin darnos cuenta de que la Psicología Profunda dirigía al hombre hacia sí mismo, lo cual en el fondo es nuestro mayor temor: el propio yo.

Todos sabemos que una cierta culpa y angustia es inevitable y hasta necesaria. Parecen ser ventajosas para la sobrevivencia, puesto que nos avisan de los peligros y al mismo tiempo nos hacen responsables ante los demás. El raro individuo que no padece estos sentimientos es un anti-social destructivo.

Ambos síntomas de las neurosis deben ser diferenciados. La angustia

se produce en la pugna entre el *yo* y el *ello* y surge ante lo posible y lo futuro. En cambio la culpa envuelve al *superyo* en contra del *yo* y sucede en relación con un acto del pasado.

La angustia sufre variaciones a lo largo de nuestra vida. Los niños se van ajustando a ella paulatinamente durante el proceso del crecimiento. Tal vez la primera mitad del primer año sea un periodo agudo para ella. La etapa edípica también provoca ansiedad ante la idea de castración. En la adolescencia el síntoma se torna confuso debido a los cambios corporales que se experimentan. Los adultos jóvenes entre los veinte y los cuarenta años, tal vez no la sufran tanto, pero hablan más acerca del tema. La angustia se desarrolla igual entre los que poseen dinero como entre aquellos que carecen de él. Entre los cuarenta años y los setenta, la ansiedad está mejor conciliada y hasta cierto punto bajo un determinado control. A partir de los setenta vuelve a incrementarse, ya que la prolongación de la vida hace que los viejos se sientan inútiles y rechazados.

Se sabe que el desarrollo de la angustia es mayor antes de un acontecimiento que durante el mismo. Es decir, es más alta la ansiedad que experimentamos antes de un examen que durante el mismo. Se observó entre las tropas que iban a desembarcar en Normandía que la angustia anterior al acontecimiento fue mayor que cuando tuvo lugar el suceso. Es posible que ello explique la tremenda angustia experimentada hoy en día frente al almacenamiento de bombas nucleares.

Por otra parte se podría afirmar que el arte y la ciencia en la actualidad, tienden a crear mayor angustia al producir una realidad irreconocible. Los artistas están creando un mundo en el cual dominan porque resulta incomprensible para los demás. Ellos están solos en sus novelas, pinturas abstractas y música atonal, pero al mismo tiempo son dueños de su creatividad. Por ello se podría afirmar que los científicos han inundado al mundo con información imposible de seguir. Todo ha contribuido a una vida intelectual activa, pero al mismo tiempo ha incrementado la angustia.

LAS FOBIAS

La palabra original proviene del griego φοβία, que significa horror, pánico o miedo. Cuando un terror se dirige a un objeto o situación, que desapasionadamente no es en exceso peligroso y hacia el cual surge un temor irracional, lo designamos una fobia. Como regla general, la persona que la sufre se da cuenta de la falta de lógica en su conducta, pero se siente empujada a evitar el objeto o a exponerse a él.

Los síntomas concomitantes pueden ser: ataques de angustia o altera-

ciones fisiológicas como: taquicardia, respiración rápida, desórdenes digestivos, sudoración profusa, etcétera.

Los primeros casos relatados en la literatura médica aparecen en los libros de Hipócrates, quien directamente hablaba de la repulsión ante los diferentes elementos con los cuales el hombre entra en contacto. Para definir estos miedos, el autor griego elaboraba palabras compuestas con el nombre del objeto y le agregaba la raíz común: fobia. Ejemplos serían: ailurofobia o sea temor a los gatos, vermifobia a los gusanos, fotofobia a la luz, climacofobia a las escaleras, etcétera.

El primer intento de explicación sobre el origen de este síntoma, lo encontramos en los escritos de John Locke (1690), quien hablaba de las antipatías y horrores que el ser humano padece. Todos ellos tendrían su origen en la infancia y sus causas habrían sido posiblemente olvidadas. El filósofo reconoce que no está en el poder de la razón extirpar las antipatías adquiridas, pero añade que algunas de ellas desaparecen con el tiempo.

Dentro de la Psiquiatría, el primer autor que sistematizó el concepto de las fobias fue Westphal (1871), quien introdujo el término agorafobia, para describir el miedo a los espacios abiertos o a las calles. El autor, examinando tres casos, explicaba el temor como psicológicamente inmotivado, es decir, la idea de peligro aparece irracional y extraña al sujeto, pero el pánico lo domina completamente al acercarse al objeto.

La similitud que existe entre las fobias y las obsesiones provocó que la mayoría de los psiquiatras las consideraran dentro de la misma clasificación. Sin embargo, la diferencia entre ambos cuadros se encontraba en que el individuo fóbico, podía haber sufrido un incidente precipitante. El pronóstico en la mayoría de los casos era frecuentemente visto como desfavorable.

Kraepelin en su libro de Psiquiatría hace hincapié en el carácter compulsivo del padecimiento y recomienda acostumbrar a quien lo sufre a la situación fóbica. Incluso sugiere que el médico debe enfrentar al paciente con el objeto, es decir que si nos encontramos con un agorafóbico debemos escoltarlo a los espacios abiertos.

Pierre Janet (1909) realizó un minucioso examen psicológico de las diferentes fobias y las relacionó con las histerias de angustia, en cuya clasificación han permanecido de acuerdo con ciertos psicoanalistas como Fenichel. La razón para ello se encuentra en que también los fóbicos como aquellos que sufren parálisis hísticas se ven impelidos a verificar actos, que conscientemente desearían hacer.

Sin embargo, se puede afirmar que fue Sigmund Freud quien intro-

dujo el concepto dinámico acerca de las fobias. En 1895 en su trabajo sobre *Obsesiones y fobias*, delimitó estas dos condiciones y dividió a estas últimas en: 1. Comunes, o sea aquellas en que el miedo exagerado es hacia un objeto que cualquier persona detesta o teme. Un ejemplo sería la ofidiofobia (temor a las serpientes), y 2. Contingentes, en las cuales se observa un temor particular hacia el que el hombre normal no expresa pánico. Un ejemplo puede serlo la agorafobia.

La obra fundamental para el estudio de los mecanismos en las fobias está contenida en el artículo clínico titulado *El análisis de una fobia en un niño de cinco años*, mejor conocido como el caso Juanito y que fue publicado en el año 1909. El estudio clásico de Freud que examinamos anteriormente nos mostraba un conflicto edípico, en el cual la intensa hostilidad en contra del padre, daba lugar al temor de ser castigado, esto es, a un miedo a la castración que se transforma en el temor de ser mordido por un caballo. En otras palabras, el progenitor había sido sustituido y cambiado por un animal en el mundo externo. Es más fácil contender con un peligro afuera que con una amenaza interna.

En toda fobia el objeto original del miedo es remplazado por otro y por esta razón reprimido. En el caso de Juanito los deseos de muerte en contra del padre y el temor que acarrea la situación es alejada de la conciencia, debido a que resulta inaceptable para él. La razón de ello estriba en que al mismo tiempo que manifiesta odio, Juanito ama a su progenitor.

De todas maneras, sus sentimientos negativos emergen del inconsciente en la forma de una fobia, que consiste en que un caballo caerá derribado y lo morderá. El cuadrúpedo es escogido debido al hecho histórico real, de que el niño vio la caída de un caballo el año anterior.

Juanito no se daba cuenta del simbolismo implícito en su miedo y por lo tanto el desplazamiento cubre la ventaja de que por una parte puede seguir queriendo a su padre y por la otra, el objeto productor de la fobia logra evitarse no saliendo a la calle.

Como se indicó anteriormente, el caballo no había sido escogido por accidente. Juanito estaba interesado desde muy pequeño en estos animales y había observado el tamaño de sus penes. Además sabía que su padre tenía uno mayor que el suyo y suponía que su madre poseía también uno propio. Es posible que el niño proyectara su pene en la madre debido a su desconocimiento de la diferenciación sexual.

El proceso de la identificación también puede ser observado en esta fobia, puesto que Juanito se había dado cuenta de que los caballos contaban con genitales enormes. Lo cual indica un deseo de ser como sus

propios padres; mecanismo al que M. Klein ha denominado identificación proyectiva.

Freud demostró en este caso la difusión que sufre una fobia, pues el niño no solamente sentía el temor a ser mordido por un caballo, sino también miedo a que diferentes vehículos y muebles cayeran sobre él, cuando saliera a la calle. Tal vez el hecho de que la madre hubiera estado embarazada, no había pasado desapercibido para Juanito. El psicoanalista corroboraba con la variedad de los síntomas que las fobias son manifestaciones de la ansiedad que se fijan en un objeto, para evitar presentarse como angustia generalizada.

En el caso mostrado por Freud la localización era ostensible, pero en otras ocasiones otros elementos variables influyen en el desarrollo de una fobia. Por ejemplo, en una agorafobia se pueden presentar la siguiente multiplicidad de miedos a salir a los espacios abiertos: 1. La idea de que en la calle se encontrará la oportunidad de una aventura sexual; 2. El temor a salirse para siempre de la casa; 3. El pavor de que afuera pueda uno ser visto, y 4. La fantasía de que un padre, cónyuge o hijo pueda morir durante nuestra ausencia.

En la claustrofobia que puede ser definida como el temor a los espacios cerrados, el pánico surge ante la idea de la muerte o de ser enterrado en vida.

La angustia de separación juega un papel importante en algunas fobias como se observa en la que presentan los niños al ser llevados a la escuela. Casi siempre esta fobia implica una relación de dependencia del hijo con la madre, debida a la patología de ambos.

Lógicamente, a consecuencia del medio que nos rodea en la actualidad, las fobias más frecuentes son las que tienen que ver con: lugares elevados, aviones (aerofobia) y aquellas que envuelven la suciedad (mysofobia). Las primeras parecen derivarse del terror nocturno en el niño, que trae inherente la idea de una caída. El sueño de volar podría ser una forma de dominar este miedo. La omnipotencia partiría de la fantasía de caer y no ser destruido.

La mysophobia está directamente relacionada con la compulsión. La persona que la sufre se ve obligada a llevar a cabo la rutina de lavarse constantemente, pues de no hacerlo se siente prisionero de una angustia intolerable. La fobia en este caso envuelve la coprofilia (afecto hacia los excrementos) y se deriva en general de padres perfeccionistas. En un principio la víctima se conforma con su propia limpieza, pero con posterioridad el conflicto envuelve a las personas que la rodean y que no cumplen con sus patrones de pulcritud compulsiva. La fobia que se re-

fiere a los objetos cortantes (aichmofobia) puede derivarse de una negación de los impulsos agresivos y de autodestrucción. Resulta curioso señalar aquí que Sigmund Freud padeció a lo largo de su vida una siderodromofobia, o sea terror a viajar en ferrocarril.

El *New Gould Medical Dictionary* presenta una lista de cerca de 200 fobias diferentes, pero la noción de clasificarlas de acuerdo con el objeto temido buscando la acepción griega ha perdido utilidad, puesto que tendría uno que añadir miles de nombres.

En realidad podríamos hallar los antecesores de las fobias, en la angustia que muestra el niño ante la presencia de extraños. Esto sucede desde el principio de la vida, donde es frecuente observar a los pequeños asustados ante la presencia de caras exóticas o que no les son familiares. Tal situación sucede especialmente en ausencia de la madre. La aprehensión por parte del niño resulta del temor a los objetos que han producido experiencias insatisfactorias. El miedo hacia los extraños aparece como consecuencia de la unión progresiva con un solo objeto, que provoca una menor inversión de energía sexual.

Sin embargo, no podemos en los casos de fobia, separar el factor ambiental. Los niños y los animales temen a los peligros reales a través de las reacciones que los padres les enseñan ante estas situaciones.

Greenson (1959) ha insistido en el factor temprano en el desarrollo de las fobias y que éstas parten de una angustia traumática que inunda al yo y que se repite en situaciones sucesivas. No obstante, nosotros debemos agregar que todas las estructuras parecen estar envueltas en el conflicto. El *ello* a través de la invasión de impulsos, el *yo* con la señal de peligro y el *superyo* en su acción prohibitiva.

Las fobias de acuerdo con Greenson son una defensa en contra de la identidad, así como de la integridad corporal. La razón de su existencia es crear un peligro externo, que sea menos angustiante.

Para Ernst Rappaport (1959) las fobias se deben a la separación materna. Estas madres podrían ser denominadas fóbigenas (productoras de fobias), es decir, presentan un carácter infantil y narcisista hacia el embarazo y el parto. Se podría afirmar que no quieren a sus hijos y éstos sienten temor a la muerte, la separación o la desintegración. Una calle amplia, es vista como un crecimiento de la propia imagen corporal o bien estrecha, como una constricción en la garganta. Las fobias por ello, son una defensa para no encarar los peligros y para evitarla, el individuo permanece ligado a su madre.

En un análisis estadístico obtenido por H. Weinstock (1959) se demuestra:

1. De 230 casos de fobia en Psicoanálisis, solamente la mitad llevaban este diagnóstico como principal. La otra mitad pertenecía a numerosos cuadros psiquiátricos.

2. El diagnóstico de esquizofrenia fue considerado en un tercio de los casos. El otro tercio presentaba neurosis mixtas.

3. Únicamente la mitad de los casos de fobia completaron el tratamiento psicoanalítico.

4. Los pacientes con estados fóbicos rara vez inician tratamiento antes de que el síntoma haya existido por menos de dos años.

5. El promedio del Psicoanálisis de un fóbico fue de cuatro años, similar al de la mayoría de los casos en este tipo de tratamiento.

6. De 46 psicoanálisis finalizados, una quinta parte de los pacientes habían estado con otros terapeutas con anterioridad.

7. La opinión de los analistas respecto a la efectividad de la terapia, variaba desde regular hasta pesimista. Solamente 6 de 46 casos lograron hacer desaparecer todos los síntomas.

Podría afirmarse para concluir que las fobias en general son formas especiales de lidiar con la angustia y que no constituyen una entidad clínica en sí misma. En el análisis de este síntoma debe el terapeuta concentrarse más en la estructura del yo del paciente que presenta la fobia.

Se ha señalado en algunos casos que un miedo fóbico puede encontrarse enmascarado por un intento de búsqueda de la propia situación que lo provoca. Aparentemente esta acción podría ser saludable, puesto que indica un intento de dominio sobre la fobia. Sin embargo, debe vigilarse el elemento autodestructivo que representan los impulsos en estos casos. El término contrafobia fue acuñado por Fenichel para clasificar a estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

FENICHEL, O. *The Psychoanalytic Theory of the Neurosis*. Norton. New York, 1952.

FREUD, S. *Obsessions and Phobias: Their Psychical Mechanism and their Aetiology*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. III. London 1895.

FREUD, S. *On the Grounds of Detaching a Particular Syndrome from Neurasthenia under the Description "Anxiety Neurosis"*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. III. London, 1895.

FREUD, S. *Analysis of a Phobia in a Five Year Old Boy*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. X. London, 1909.

FREUD, S. *Neurosis and Psychosis*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. XIX. London, 1924.

- FREUD, S. *The Loss of Reality*, in *Neurosis and Psychosis*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. XI. London, 1924.
- FREUD, S. *Inhibitions, Symptoms and Anxiety*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol XX. London, 1925.
- FRIEDMAN, P. y GOLDSTEIN, J. *Phobic Reaction*, en *American Handbook of Psychiatry*. Ed. Arieti. S. Basic Books. New York, 1974.
- GREENSON, R. *Panel on Phobias and Their Vicissitudes*. Jour. Amer. Psychoanal. Ass. 7:182-192. 1959.
- GRIESINGER, W. *Mental Pathology and Therapeutics*, en *Development of Traditional Psychopathology*, en Altschule, M. Halted Book. 1976.
- JANET, P. *Les neuroses*. Bibliotheque de Philosophie. París, 1895.
- KIERKEGAARD, S. *El concepto de la angustia*. Austral. 1844.
- LOCKE, J. *Essays concerning Human Understanding*. A. C. Fraser. London, 1690.
- NEMIAH, J. *Anxiety Symptom and Syndrome*, en *American Handbook of Psychiatry*. Ed. Arieti, S. Basic Books. New York, 1974.
- New Gould Medical Dictionary*. New York, 1960.
- RAPPAPORT, E. *Panel on Phobias and Their Vicissitudes*. Jour. Amer. Psychoanal. Ass. 7:182-192. 1959.
- WEINSTOCK, H. *Panel on Phobias and Their Vicissitudes*. Jour. Amer. Psychoanal. Ass. 7:182-192. 1959.
- WESTPHAL, C. (1871). *The Agoraphobia*, en *The Development of Traditional Psychopathology*, en Altschule, M. Halted Press Book. 1974.

CAPÍTULO VI

LA DEPRESIÓN

Es imposible imaginar que exista ser humano alguno, que no haya sufrido el síntoma de la depresión. Todas las personas experimentan este sentimiento, aunque las formas diversas y sutiles en que aparece la melancolía dan lugar a controversia. En unos se manifiesta simplemente como tristeza, en otros infelicidad o pesimismo. En los más una mera sensación de soledad. Podría decirse que la depresión está en todos nosotros y que se repite a lo largo de nuestra vida, sin descanso.

Sin embargo, tenemos que diferenciar el síntoma de la enfermedad depresiva propiamente dicha. He insistido en el capítulo anterior en manifestar que las neurosis de carácter son exclusivamente dos: la histeria y la obsesivo-compulsiva. Por lo tanto, lo que conocemos bajo el nombre de depresión es un simple estado de afecto, que puede presentarse en alguno de estos dos caracteres básicos.

Creo que el síndrome depresivo debe dividirse en dos variedades: la psicótica y la no psicótica. En el presente capítulo describiré el concepto psicoanalítico de la depresión, los factores que la predisponen y las características más sobresalientes del melancólico. En el capítulo XII me ocuparé del suicidio y del manejo del paciente depresivo.

EL CONCEPTO PSICOANALÍTICO DE LA DEPRESIÓN

La palabra melancolía era conocida por los griegos, quienes pensaban que la presencia de la bilis negra la causaba. Los romanos usaban el vocablo latino tristitia como equivalente del anterior.

Los escritores cristianos de la Edad Media distinguían dos tipos de desesperación, aquella que proviene de Dios y la que es causada por el mundo. El hombre padecería la depresión racional y la irracional. Atribuyendo la primera al amor y la segunda al odio.

Pinel en 1801 describe al melancólico como un ser taciturno, pensativo y que busca la soledad, a pesar de que se encuentra en buena salud y en prósperas circunstancias. Fue además el primero en mencionar que algunos depresivos pueden cometer crímenes para buscar castigo.

Es Griesinger (1845) el primero que llevó a cabo una detallada descripción de la depresión. Observó las vagas manifestaciones tempranas y el papel que éstas juegan en el desarrollo de otras formas de enfermedad mental.

En un esfuerzo por definir entidades absolutas en Psiquiatría, Emil Kraepelin (1925) separó los diferentes complejos sintomáticos y redujo las psicosis a dos divisiones esenciales, los episodios sin daño procesal en el pensamiento, o sea la enfermedad maniaco-depresiva y aquellos con deterioro progresivo de la personalidad, es decir, la demencia precoz.

Dentro del concepto maniaco-depresivo, Kraepelin incluyó numerosos desórdenes como: la melancolía simple, la que se acompaña con delirio persecutorio, la periódica o sea la circular y por último la manía simple.

Una entidad tan discutible como la depresión involutiva había sido excluida de la clasificación original del autor alemán, en base a su pobre pronóstico. El concepto de la depresión neurótica tampoco fue reconocido por Kraepelin y la incluyó dentro de las neurastenias congénitas, mezclándolas con los estados constitucionales psicopáticos. Vale aquí decir que el conocimiento de psicopatía como alteración de la conducta desde el punto de vista moral, no estaba aún establecido.

Lange (1928), discípulo de Kraepelin, fue el primero que llamó la atención sobre las depresiones que se desarrollan como resultado de la angustia que representa el vivir. El término depresión neurótica fue adoptado en 1930 por Gillespie añadiéndole el concepto de reacción ante las circunstancias adversas.

A partir de entonces comenzó a utilizarse la designación depresión endógena, sustituyendo la vieja noción de psicosis maniaco-depresiva que el gran sintetizador Kraepelin había unificado. Respecto a este tema creo que debemos de disminuir los cuadros depresivos a dos variedades esenciales: la psicótica y la neurótica, que en el fondo no es más que un síntoma dentro de uno de los dos caracteres en los cuales hemos insistido.

Kraepelin pensaba con relación al curso de la depresión que no existe deterioro semejante al que opera en la demencia precoz, no importa cuál haya sido la severidad del ataque. Lo que en el fondo es acertado en cierta forma. En relación al factor etiológico, pensaba que la circular era frecuentemente hereditaria. Las otras formas según Kraepelin presen-

tarían alteraciones en la patología cerebral, aunque no tenía idea de cuál sería la lesión.

La primera contribución importante por parte de los psicoanalistas al problema de la depresión proviene de Karl Abraham, quien en 1911 observó en los casos neuróticos, que algunos abandonaban sus impulsos sexuales sin obtener gratificación. El enfermo se siente poco amado y por lo tanto es incapaz de querer a los demás. Abraham se dio cuenta de la diferenciación con la psicosis maniaco-depresiva después de analizar seis casos. En todos ellos observó que el odio había paralizado la capacidad de amar. Este sentimiento producía culpa y autorreproches, lo cual incrementaba la depresión.

En 1916 y habiendo ya introducido el concepto de la etapa oral, Abraham concluye que los deprimidos han llegado de una manera regresiva a la primera escala del desarrollo y considera que la hostilidad del melancólico se dirige en contra de la madre. El contenido de los autorreproches son en última instancia una crítica despiadada contra la figura materna, como resultado del destete. Para demostrar lo anterior Abraham hace hincapié en dos síntomas relacionados con los alimentos y que observamos frecuentemente en los pacientes deprimidos, especialmente en los psicóticos: el rechazo de la comida y el temor de morir de hambre.

En 1917, Freud publicó uno de sus trabajos mejor escritos: *Duelo y melancolía*. En él señala que la depresión es el modo de reaccionar a la pérdida de un objeto ambivalente y su introyección. La parte hostil se manifiesta en el odio y el sadismo que se vuelca en contra del yo.

Esta estructura comienza a sufrir reproches e ideas de autodesprecio. El procedimiento de acuerdo con el cual sucedería lo anterior es a través de la incorporación oral, puesto que los objetos son devorados.

Uno de los aspectos más importantes de este trabajo de Freud es el descubrimiento del *superyo*, aunque el término como tal no es utilizado a lo largo del artículo. El psicoanalista vienés, se empeñó en la auto-crítica encubierta del melancólico, que describió como una verdadera auto-denigración y llegó a la conclusión de que debía existir una agencia censora, la conciencia moral, que habría de estar separada del yo. Al mismo tiempo, Freud sugiere que los autorreproches del melancólico son en realidad agravios en contra del objeto amado, que se dirigen en oposición al yo del paciente.

Mediante la identificación narcisista, la pérdida del objeto se transforma en detrimento de la propia estructura.

En el comienzo del trabajo, Freud considera que la melancolía se ase-

meja al duelo, dado que ambas suceden ante una pérdida, la cual puede ser: "una abstracción que ha tomado el lugar de una persona amada, como la patria, la libertad, un ideal, etcétera". El deprimido no necesariamente habrá perdido al objeto en la realidad, pero esto puede haber sucedido de una forma intrapsíquica, lo cual quiere decir que la liga emocional hacia el mismo resultará rota de una manera inconsciente, debido probablemente a un desengaño.

La persona normal que sufre una pérdida, Freud postula, aísla sus ligas emocionales del objeto amado o de su representación intrapsíquica. Para el individuo en un duelo el mundo se empobrece. En el melancólico es el *yo* quien sufre la penuria quedando en la indigencia. Freud agrega a continuación: "Si uno escucha las numerosas y variadas acusaciones del melancólico, no puede quitarse la impresión de que a menudo los más violentos no deben aplicarse al paciente mismo, sino con insignificantes modificaciones, pertenecen a alguien más, alguna persona que el enfermo ama, ha querido o debería estimar... por lo tanto, encontramos la clave del cuadro clínico al percibir que los reproches en contra de un objeto amado, han sido cambiados en su dirección hacia el propio *yo*."

En 1923, Freud volvió a tratar más detalladamente el tema del *superyo* con relación a la melancolía. Observó que en la neurosis obsesiva el *yo* se rebela contra el *superyo*, pero en el caso de la melancolía el *yo* no hace objeción alguna, admite su culpa y se somete al castigo. Freud relacionó la extraordinaria intensidad del sentimiento de culpa y propuso cuál debería ser el componente destructor: el cultivo del instinto de muerte que se atrinchera en el *superyo* y se vuelve contra el *yo*. La idea de muerte en el melancólico partiría de la rendición del *yo* debido a que se siente odiado y perseguido por el *superyo*.

Dentro del marco de referencia de la teoría estructural y de las primeras ideas expuestas por M. Klein, Sandor Rado (1928) hizo una contribución minuciosa a la teoría de la melancolía. Los enfermos de depresión dependen de otras personas para el mantenimiento de la autoestima, la cual es amenazada por el *superyo*. Rado destaca la tenacidad con la cual el paciente dirige el sadismo devorador contra los objetos amorosos.

El melancólico es una persona con necesidades narcisistas que después de haber perdido un objeto amado, se rebela agresivamente en contra de él. Es la estructura *superyoica* la encargada de provocar el autocastigo por medio de reproches y remordimientos que se dirigen hacia el *yo*.

En la opinión de Rado, las raíces más profundas del melancólico se encuentran en los paroxismos de ira en el lactante voraz. Los tormentos del hambre son los precursores mentales del castigo posterior y pasan a

ser el mecanismo de la culpa que en la depresión adquiere fatal importancia. El lactante divide a la madre en buena y mala, lo cual juega un papel esencial en el desarrollo del *superyo* temprano. Este último sentimiento es borrado bajo la influencia del impulso amoroso, pero en el melancólico, la división continúa internamente. El objeto malo que ha sido incorporado termina aniquilando al yo.

Es interesante hacer notar que la mayoría de los autores mencionados pensaban en la depresión como un cuadro clínico más. Fue Melanie Klein (1921-1945) quien aumentó el interés en el tema, al tomar un nuevo enfoque teórico y crear la posición depresiva como esencial en el desarrollo del ser humano.

Klein pensó que el proceso de la introyección de los objetos ocurría desde el principio de la vida. Con ello establece el origen del *superyo*, probablemente al final del primer año. Relaciona a esta estructura con la división de las imágenes de los padres en la temprana infancia concibiéndolas en idealizadas y fantásticamente malas.

La psicoanalista piensa que el estado depresivo es la continuación del paranoide y por ello derivado de esta primera posición. Todo esto explica los casos que presentan cuadros mixtos de tendencias persecutorias y melancólicas.

Durante la posición esquizo-paranoide, que según Klein, existe hasta los tres o cuatro meses de vida, el lactante forma relaciones de objeto parciales con el cuerpo de la madre, particularmente con su pecho. Los objetos son divididos en buenos (ideales) y malos (persecutorios), manteniéndose por lo tanto separados el amor y el odio. A esta fase se le ha denominado pre-ambivalente.

Al finalizar el periodo anterior surge la posición depresiva que tiene duración hasta el octavo mes. Durante ella, la madre es percibida por el niño como un objeto completo y la relación entre los dos se transforma en ambivalente. El yo se organiza al crecer y sus imágenes internas se acercan cada vez más a la realidad. De aquí se deriva la necesidad de esta estructura para preservar a los objetos y el temor a su pérdida. La depresión del adulto no es más que un regreso a esta fase del desarrollo y al mismo tiempo la teoría kleiniana explicaría la universalidad del fenómeno melancólico.

Otro aspecto importante de esta autora parte de sus ideas acerca de la envidia (1957). El dañar la fuente primaria de la bondad (pecho) da por resultado que el objeto bueno se convierta en crítico y envidioso. La figura *superyoica*, en la cual se ha proyectado la envidia se vuelve persecuidora e interfiere con todo el proceso creativo. Este punto es impor-

tante en la comprensión del deprimido, por la dificultad que éstos presentan en el acto productivo.

No obstante, estas ideas esenciales pueden ser criticadas. Como afirma Mendelson (1974): "La escuela de Klein se torna en ocasiones reminiscente de la casuística de la Edad Media, cuando los objetos introyectados se vuelven algo concreto y delimitado. Los lactantes introyectan el objeto total y parcial, para proyectarlo en el mundo externo o reintroyectarlo, cortan éste en partes, destruyéndolo o reconstruyéndolo; uno parece recordar la concepción animista de los seres primitivos."

Por otra parte algunos autores como Joan Riviere (1936) nos han dibujado un cuadro casi poético basado en Klein, de lo que representa la posición depresiva: "La circunstancia en la que todos los que hemos amado anteriormente están muertos, toda la bondad se ha dispersado y perdido en fragmentos. Nada ha sido dejado en el interior sino la desolación. El amor trae tristeza y la tristeza culpa. La tensión intolerable aumenta y no existe escapatoria. Uno está solo y sin ayuda. Nadie nos nutre. Los mágicos poderes de los perseguidores que nunca pueden ser exterminados —los espíritus—, la muerte aparecerá y uno la escoge por su propia mano, antes de que ella pudiera realizarse."

Las originales ideas de Klein parecen, sin embargo, concordar con las observaciones llevadas a cabo por el grupo de Chestnut Lodge. En un trabajo importante M. Blake Cohen y colaboradores (1954) analizaron entre 1 y 5 años a doce pacientes con el diagnóstico de psicosis maniaco-depresiva. Entre los aspectos más significativos que se encontraron figuran: 1. La familia está colocada en una situación aislada y de bajo prestigio dentro de la comunidad en que viven. 2. El hijo es utilizado para mejorar la posición de los padres. 3. El maniaco-depresivo es el favorito y el de mayores capacidades. 4. Un problema de envidia respecto a los que le rodean y que tienen una escala superior en la esfera social se manifiesta en él. 5. Casi siempre este hijo sufre severas divisiones, porque el padre que ha fallado en la vida al no proveerlo económicamente, es el más querido por él. 6. El paciente sufre una alteración severa de su sistema de valores (*superyo*).

Los autores sintieron que la negación de la complejidad de las gentes y la insistencia en verlas blancas o negras, se debe a la dificultad del maniaco-depresivo para integrar los diferentes aspectos de la madre en un cuadro unificado.

Edith Jacobson (1964, 1971 y 1973) ha aportado numerosas contribuciones al problema de la depresión. Ella examina el conflicto utilizando una combinación de las ideas de la Psicología del yo entremezcladas con

algunos conceptos de Klein. Para Jacobson el problema de la autoestima es central en el melancólico. Los sentimientos de inferioridad, empobrecimiento y desesperanza constituyen los determinantes de nuestras heridas narcisistas.

La autora distingue entre depresión neurótica y psicótica. En ambas la autoestima se encuentra disminuida, pero en los psicóticos se observa un proceso regresivo en la organización de la personalidad. Esto se debe a un defecto del desarrollo del *yo* y del *superyo*, que permanece en un nivel pregenital. Esto sucede a consecuencia de deprivaciones emocionales tempranas.

Las desilusiones de los padres en los primeros años de la vida, crean una devaluación prematura de los objetos amorosos, lo cual promueve una autoestima disminuida como resultado de una identificación defectuosa. Si los padres han sido devaluados demasiado temprano "el niño se encuentra ante un colapso de su mundo mágico y cambia del optimismo al pesimismo distorsionando la realidad".

Por otra parte, el *superyo* que puede ser temprano estará investido con imágenes arcaicas de los padres. Hecho que explica su omnipotencia y la opresión que ejerce sobre el *yo*. Los pacientes deprimidos muestran una gran dependencia, lo cual puede ser visto como una debilidad *yoica* específica. Las fallas ante los objetos amados en la vida y una pérdida del propio aprecio, precipitarán la depresión.

Jacobson ha descrito además los mecanismos que utiliza el melancólico, para mantener la autoestima tan precaria que posee y las maniobras restitutivas que emplea. Es por ello que estos pacientes se aíslan de la realidad y muestran sus introyecciones características del objeto amado.

La autora piensa igualmente que no es suficiente el afirmar que existe una regresión a la fase oral y por ello ha aventurado la teoría de que se presenta una insuficiente maduración del concepto de uno mismo, así como una disolución de nuestras identificaciones, que provocan los cuadros más severos de melancolía.

Bowlby en una serie de trabajos sobre el duelo y algunos otros que periféricamente tocan el tema, ha hecho hincapié en la importancia de la liga del hijo con su madre. También ha señalado de una manera empírica la magnitud de la angustia de separación. Asimismo ha observado las consecuencias de la sustracción de la figura materna, a lo que este autor denomina duelo.

Debido a que la mayoría de los analistas piensan que la melancolía tiene sus raíces en las experiencias emocionales del lactante, es interesante mencionar el trabajo de Spitz (1946) quien observó la depresión

en niños después del octavo mes de vida, cuando éstos eran separados de la madre. Según el autor: "La pérdida del objeto amado es en sí misma una privación hostil para el niño." Los lactantes mostraban desinterés en el medio ambiente, pérdida de peso e inhibición motora.

LOS FACTORES QUE PREDISPONEN A LA DEPRESIÓN

A lo largo de este capítulo hemos ido trazando el concepto psicológico acerca de la depresión. Me propongo ahora intentar resumir los vínculos que unen a diversos autores, así como sus semejanzas y diferencias. Para ello disecaré los diferentes componentes tratados por temas y los examinaré de una manera separada. Voy a agregar algún otro como la predisposición constitucional y la herencia que no fue incluida con anterioridad.

Factores psicológicos predisponentes. La abundancia de éstos que provee la literatura, nos demuestra que la mayoría de los autores parecen estar de acuerdo con su importancia.

Abraham describió la depresión primaria, como resultante de los desengaños tempranos de los padres. También hizo hincapié en la trascendencia de la primera etapa del desarrollo. Rado vio los problemas intrapsíquicos de las depresiones de los adultos, como resultado de las experiencias del lactante. Melanie Klein explica la predisposición hacia la melancolía, en el proceso del desarrollo. El niño trata de lograr relaciones de objeto satisfactorias en la presencia de conflictos entre el amor y el odio. La autora afirma que existe un periodo en el cual el pequeño, sufre una mezcla compleja de sentimientos consistentes en tristeza y pesadumbre, debida a culpa por la pérdida del objeto. Esta fase es denominada posición depresiva y aquellos que no logran superarla, repetirán estos sentimientos melancólicos a lo largo de la vida.

Jacobson ha realizado una exposición detallada de las condiciones necesarias para el desarrollo de la depresión. La autoestima se logra en una atmósfera de amor y cuidado por parte de los padres. Si esto sucede el desarrollo tiende a provocar el proceso del autodescubrimiento y la prueba de la realidad facilita el establecimiento entre el concepto de uno mismo y los objetos externos. De no ocurrir lo anterior, los desengaños tempranos producirán el paciente deprimido. Éstos se deben a que las expectativas y gratificaciones no fueron logradas. La herida narcisista es debida a un sentimiento de no ser deseado y al mismo tiempo devaluado y odiado. Por ello, el niño desarrolla un *superyo* temprano crítico que aniquila a un *yo* debilitado.

Podemos concluir que un buen número, si no la mayoría de los autores

han visualizado las experiencias tempranas como predisponentes a las depresiones de los adultos.

Oralidad en la depresión. Abraham fue el primero en resaltar la importancia de la fijación del melancólico a la fase oral o canibalística del desarrollo. Freud confirmó las afirmaciones de Abraham e hizo énfasis sobre la importancia del mecanismo de la introyección en el depresivo y de su regresión a la oralidad. Introduce el concepto de la pérdida de un objeto ambivalente y señala que después de introyectado el objeto amoroso perdido (identificación narcisista) el odio empieza a actuar sobre el objeto sustituto (el *yo* se identifica con el objeto introyectado). Rado menciona la situación del lactante, que divide a la madre en objeto bueno y malo, que formarán el *superyo* posterior.

M. Klein insiste en la trascendencia de la oralidad en la depresión. Llama la atención sobre la división del primer objeto al igual que Rado, pero afirma que la introyección sucede desde el inicio de la vida. Edith Jacobson nos habla de la fase oral y su influencia en la Psicología del *yo*. Como ha sido discutido con anterioridad, la autora insiste en la disolución de las tempranas identificaciones y su ruptura con los objetos reales y las representaciones de uno mismo.

Resulta claro que el concepto de la importancia primaria de la oralidad en la depresión es aceptada por la mayoría de los analistas. La idea de la división de objetos en partes buenas y malas y la introyección de éstas en la temprana infancia parece ser esencial para comprender el problema.

La agresión en la melancolía. La importancia de la ambivalencia y la hostilidad fue señalada por Abraham y posteriormente por Freud, Rado, Klein y Jacobson. Freud dio una interpretación que continúa siendo clásica en relación a la Psicopatología de la depresión. Los autorreproches y sentimientos hostiles que el paciente siente contra el objeto amado, se redirigen contra uno mismo, puesto que forman parte de nuestro mundo interno, al habernos identificado con el objeto perdido.

Sin embargo, aunque la agresión se encuentra íntimamente ligada a la depresión, el concepto mismo de su origen continúa siendo tema de intenso debate entre los psicoanalistas. No existe un criterio de si el sentimiento hostil es un impulso primario que procede del instinto de muerte, o si es resultado de la frustración. Tampoco se sabe si la agresión es primaria o secundaria en el proceso de la depresión.

El papel del narcisismo en la depresión. La mayoría de los autores afirman que existe una mengua del mismo. Abraham se refiere al problema del grave daño al narcisismo, aunque hace notar el sentimiento de superioridad que se observa en el melancólico y su difícil accesibilidad

a la terapia. Freud también observó una disminución de la autocrítica y constantes reproches contra el yo.

Rado considera la disminución de la autoestima como la característica más destacada del paciente deprimido. El mismo autor se muestra impresionado por el egoísmo y la tiranía, con la cual el enfermo subyuga a los que le rodean.

Edith Jacobson sugirió las tempranas desilusiones de los padres y el efecto que éstas producen en el narcisismo del niño, provocando conflictos en las identificaciones. La investigación de M. Blake y colaboradores coinciden con estas conclusiones.

El papel del superyo. La severidad de esta estructura contra el yo, ha sido resaltado por todos los autores que han escrito sobre el tema. Freud descubrió al *superyo* al estudiar el fenómeno melancólico, aunque no utilizó esta denominación hasta seis años después.

Sobre su desarrollo me ocuparé en el capítulo XIII al referirme al problema de los antisociales.

Factores constituyentes y hereditarios. Kraepelin creía que la depresión en sus variadas manifestaciones era en esencia una enfermedad de origen constitucional. Freud mismo, no excluyó esta posibilidad, pero por supuesto, hizo mayor énfasis en el campo psicológico. Abraham en sus esfuerzos para entender la forma en la cual el ser humano escoge su tipo de neurosis o psicosis, postuló que existía en el melancólico un incremento del erotismo oral de origen hereditario, que predisponía a la mucosa de la boca, para experimentar mayor placer y en consecuencia una posibilidad superior a la frustración. La misma Melanie Klein con su interés particular en el sadismo temprano, habla de agresión oral constitucional. Jacobson afirma que los depresivos psicóticos presentan una predisposición a los procesos regresivos.

Los psiquiatras especializados en genética como Kallman (1948) aseguran que la psicosis maniaco-depresiva cuenta en su base con un factor hereditario. Su punto de vista es que existen personas con una capacidad de transmisión determinada que condiciona a los hijos para la melancolía, ante los estímulos precipitantes de la vida. La psicosis resultante se desarrolla en la persona predispuesta usualmente por el interjuego de los factores constitucionales y del medio ambiente.

Los estudios genéticos posteriores no han podido, sin embargo, concluir ninguna evidencia. Por otra parte podemos hablar de una permisividad *superyoica* o de un aprendizaje hacia la melancolía que provoca el que haya familias o países en que el acto suicida sucede más frecuentemente que en otros.

LAS CARACTERÍSTICAS DE LA DEPRESIÓN

Aunque existe diferencia entre la variedad psicótica y la neurótica de la depresión, en cuanto a grado y duración, podríamos decir que en esencia el cuadro clínico y la sintomatología son parecidas. Por lo que aquí simplemente describiremos las características más sobresalientes de una forma grave de melancolía y a continuación de los síntomas, agregaremos unas notas sobre como éstos se presentan en las depresiones de evolución más benigna.

En los casos severos, los enfermos muestran una cara triste y contraída, con gran expresión de pesadumbre en la cual llama la atención la falta de lágrimas o sea el llorar en silencio. En la fascies la frente se encuentra arrugada y aparece el pliegue triangular en el entrecejo, descrito por Veraguth y que se forma por la contracción de los músculos frontales. Las comisuras labiales se desvían hacia abajo.

El paciente se arrastra con la cabeza hundida, casi apoyándose sobre las paredes y rehuyendo la mirada de quienes lo rodean. Todos los movimientos se encuentran inhibidos y si llegan a efectuarse, ocurren lentamente y con dejadez. Su aspecto es descuidado y sus maneras cohibidas y silenciosas. Sus respuestas son lentas, la voz leve, monótona y generalmente quejumbrosa. Sólo habla de cosas tristes. No existe forma de animarle y casi no muestra los pensamientos propios que lo caracterizaron con anterioridad. Se le hace difícil el trabajo ordinario y experimenta una total falta de concentración. Por ello se ve obligado a laborar con mayor intensidad, para obtener la mitad de los resultados precedentes.

La inhibición de los movimientos, síntoma descrito por Kraepelin, hace que los pacientes permanezcan callados y casi inmóviles. Cuando ésta se agrava, lleva al más profundo estupor. En ese estado los enfermos llegan al extremo de orinar o defecar en la cama. A veces incluso, presentan rigidez cerea. Es importante fijar el diagnóstico diferencial en la catatonía y para ello el interrogatorio detallado nos permitirá establecer la discrepancia en los orígenes de los dos padecimientos. Además en la melancolía los gestos indican dolor. También en la catatonía se presentan fenómenos vasomotores y en la depresión nunca se observan tales manifestaciones circulatorias.

En los casos de agitación percibimos lo contrario. Los enfermos se quejan en voz alta, gesticulan, corren y ejecutan movimientos desordenados, incluso violentos. A veces amenazan.

En las depresiones neuróticas es posible observar que la conducta no

sufre modificaciones ostensibles. El yo mostrará menos defensas que las habituales al carácter propio del paciente. Éstos guardan las convenciones sociales y nunca se muestran tan inhibidos. Nos dan respuestas y a veces hasta parece que sonríen, pero quien los observe con atención, percibirá que la persona está desanimada e insatisfecha. En el fondo también se ha perdido un objeto, pero la ambivalencia hacia él era menor.

Los enfermos melancólicos muestran disminución de sus capacidades intelectuales. El pesimismo y la desesperanza llegan a grados extraordinarios. Los pacientes no encuentran satisfacción en sí mismos y su mundo interno se reduce a la nada. Por el contrario, su envidia se incrementa y proyectan que los demás hacen demasiado por ellos y que no lo merecen. Lo real es que no pueden agradecer.

En los casos de depresión leve, los enfermos explican sus síntomas, como una situación de tristeza o de nostalgia, lo cual en el fondo puede significar falta de odio hacia el objeto perdido. Todo cuanto en el fondo manifiestan es auténtico, puesto que su capacidad para trabajar ha ido disminuyendo y es probable que su futuro no sea fácil.

Equivalentes somáticos de la depresión pueden ser la fatiga y el dolor. La primera es resultado de los esfuerzos del paciente para disminuir las tensiones creadas por el conflicto emocional. El dolor es usualmente vago o generalizado. En ocasiones se manifiesta como un simple malestar en la cabeza o jaqueca que es una forma de controlar el impulso agresivo. Otro sustituto de la depresión puede ser usar el dinero comprando objetos para asegurarse que el yo no se ha empobrecido y así establecer la sensación de sentirse bien, por medio de suplementos narcisistas del exterior.

Todas estas formas de enmascarar la depresión, son simples defensas utilizadas para no encarar la enfermedad melancólica propiamente dicha. Numerosos pacientes sufren incluso intervenciones quirúrgicas por quejas somáticas inespecíficas que son profundas alteraciones afectivas.

BIBLIOGRAFÍA

- ABRAHAM, K. *Notes on the Psychoanalytic Investigation and Treatment of Manic depressive Insanity and Allied Conditions*, en *Selected Papers on Psychoanalysis*. Basic Books. New York, 1911.
- ABRAHAM, K. *The First Pre-genital Stage of the Libido*, en *Selected Papers on Psychoanalysis*. Basic Books. New York, 1916.
- BOWLBY, J. *Separation Anxiety*. Int. J. Psychoanal. 41:89-113. 1960.
- BOWLBY, J. *Processes of Mourning*. Int. J. Psychoanal. 42:317-340. 1961.

- BUMKE, O. *Tratado de las enfermedades mentales*. F. Seix. Barcelona, 1927.
- COHEN, M. B., BAKER, G., COHEN, R., FROMM REICHMAN, F. y WEIGERT, E. *An Intensive Study of Twelve Cases of Manic-depressive Psychosis*, en *Advances in Psychiatry*. Norton. 1954.
- FREUD, S. *Mourning and Melancholia*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. XIV. London, 1917.
- FREUD, S. *The Ego and the Id*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. XIX. London, 1923.
- GRIESINGER, W. *Mental Pathology and Therapeutics*, en *The Development of Traditional Psycho-Pathology*, de Altschule, M. Halsted Press. Book. 1974.
- JACOBSON, E. *The Self and the Object World*. International Universities Press. New York, 1964.
- JACOBSON, E. *Depression*. International Universities Press. New York, 1971.
- JACOBSON, E. *The Depressive Personality*. Int. J. Psychiat. 11:218-221. 1973.
- KALLMAN, F. *Genetics in relation to Mental Disease*. J. Ner. Sc. 94:250-257. 1948.
- KLEIN, M. *Contributions to Psychoanalysis*. 1921-1945. The Hogarth Press. London.
- KLEIN, M. *Envy and Gratitude*. Tavistok. London, 1957.
- KRAEPELIN, E. *Clinical Psychiatry*, en *The Development of Traditional Psychopathology*, en Altschule, M. Halsted Press. Book. 1974.
- LANGE, J. *La reacción endógena y los desórdenes reactivos*, en Bumke, O. *Tratado de las enfermedades mentales*.
- MENDELSON, M. *Psychoanalytic Concepts of Depression*. Halsted. New York, 1974.
- PINEL, P. *Traite Medico-philosophique sur l'alienation mentale*, en Altschule, M. *The Development of Traditional Psychopathology*. Halsted. 1974.
- RADO, S. *The Problem of Melancholia*, en *Psychoanalysis of Behavior*. Grune and Stratton. New York, 1927.
- RIVIERE, J. *A Contribution to the Analysis of the Negative Therapeutic Reaction*. Inter. J. of Psychoanal. 17:304-320. 1936.
- SPITZ, R. *Anaclitic Depression*. Psychoanalytic Study of the Child. 2:313-341. 1946.

CAPÍTULO VII

LA HISTERIA

Debe distinguirse entre la conversión y el carácter histérico. La conversión es simplemente un cambio sintomático inconsciente de las funciones físicas, que ocurre de una forma distorsionada para dar expresión a los impulsos reprimidos.

Los prerequisites para el desarrollo de las conversiones son: la capacidad del cuerpo humano en su totalidad, para ser sensible al erotismo, lo cual permite a cualquier parte anatómica y su función, manifestar excitaciones de origen sexual. La segunda condición es la posibilidad de cambiar la realidad por la fantasía, es decir, que los objetos sexuales puedan ser remplazados por figuraciones representativas que se derivan generalmente de la infancia.

Por otra parte el carácter histérico es una alteración morbosa de la personalidad, que consiste en un modo anormal de reaccionar del yo, ante los estímulos de la vida. Jaspers ha intentado reducir la esencia de esta manera de ser, a la siguiente fórmula: la histérica siente la necesidad de aparecer como más de lo que es (frente a sí misma y ante los demás), de allí el aumento de la labilidad afectiva, el predominio de la fantasía, la falta de veracidad, los frecuentes caprichos y sobre todo el egoísmo, el cual mueve a estas personas en la vida.

En otras palabras, la conversión es simplemente un síntoma, que en la inmensa mayoría de las ocasiones, se encuentra enclavado dentro de un carácter con fijación fundamentalmente en la etapa oral, como veremos en el desarrollo de este capítulo.

Desde el punto de vista histórico fue Platón el primero en difundir una teoría sobre el origen de la histeria. En su Diálogo *El Timeo o de la Naturaleza*, el filósofo afirma que cuando el útero está insatisfecho por la carencia de hijos, recorre el cuerpo presionando a los diferentes órganos. Causa palpitaciones del corazón, obstruye los orificios pulmonares, produce dificultad al tragar, convulsiones, etcétera.

Para resolver el problema de la histeria, Platón aconsejaba el matrimonio de las doncellas que la sufrían y así se lograría una reducción de los síntomas por medio de la concepción.

Cinco siglos después en la Roma de Marco Aurelio, la teoría del filósofo griego, fue reducida al absurdo, cuando Galeno descubrió que el útero está unido a la pelvis por medio de ligamentos. Sin embargo, el médico romano aseguró que la retención del flujo seminal y la excitación resultante, provocaban convulsiones en la matriz.

Durante la Edad Media el punto de vista naturalista de los griegos fue abandonado por la teoría de la posesión demoniaca que a menudo estaba asociada con los hechizos. La creencia en el origen satánico de la histeria fue ampliamente difundida en Europa y las supersticiones asociadas con ella alcanzaron proporciones epidémicas. En el Medioevo se persiguió a las brujas y muchas de ellas fueron víctimas de la hoguera.

En esta época se creía incluso, que la enfermedad podía ser causada por vapores o emanaciones que ascendían del útero al cerebro y se intentó por ello, curar los ataques histéricos mediante la administración de sales volátiles. El exorcismo era la terapia para la mayoría de las psicosis y de lo que se denominaba "gran histeria", por lo que la tarea era conducida por sacerdotes.

Durante la primera mitad del siglo XIX se intentó fundamentar la teoría histerógena de la neurosis, explicando que la histeria procede del útero. Es decir, que los impulsos de éste, causan el síndrome. Esta hipótesis llegó a ser apoyada por autoridades de la talla de Romberg en su *Manual de enfermedades del Sistema Nervioso* y Horacio Storer en *Locura refleja en las mujeres*, publicado en 1871. Incluso algunos ginecólogos conocidos, como Hegar en Alemania Hadley en Inglaterra, condujeron esta doctrina hasta sus últimas consecuencias, llegando al extremo de recomendar y llevar a cabo la resección quirúrgica del útero e incluso la extirpación total de los genitales internos femeninos, para el tratamiento de la histeria.

Todo esto sucedía a pesar de que Charles Lepois, médico de Enrique II de Francia, había ya indicado en 1618 que la histeria típica aparece también en el sexo masculino y explicado la enfermedad, como un trastorno de las serosidades que distenderían el origen de los nervios raquídeos.

Thomas Sydenham (1664) afirmó que la afección histérica es sobre todo psíquica y que su patogenia proviene de los espíritus animales, los cuales se supone que sirven para determinar los movimientos de los miembros. El autor inglés señaló asimismo, que la histeria atacaba por igual a hombres que a mujeres y particularmente a los que denominaba hipcondríacos, por lo cual era de suponerse que su origen no estaba en la matriz: "La histeria imita casi todas las enfermedades que afectan al gé-

nero humano, porque en cualquier parte del cuerpo en que se localice, produce síntomas que son propios de esa región."

Sin embargo, la obra de Sydenham no fue suficientemente conocida por sus contemporáneos. El mismo Laycock en 1840, quien había realizado un estudio descriptivo sobre la enfermedad, consideraba que sólo en forma ocasional sucede en el hombre. Se podría agregar aquí que en octubre de 1886, cuando Freud presentó su trabajo sobre "La histeria masculina" en la Sociedad Médica de Viena, éste fue recibido con escepticismo. El célebre cirujano Bilroth manifestó que no comprendía la histeria en el varón, dado que el mal era de origen uterino, como lo denunciaba su mismo nombre derivado de la palabra griega *histerón*, que significa matriz.

Contrariamente al pensamiento anglosajón, los franceses relacionaron la mayor frecuencia de la histeria en las mujeres a su papel menor en la sociedad o su mayor afectividad. En 1859, Paul Briquet publicó una voluminosa monografía conteniendo 430 casos de conversión (de los cuales siete eran de hombres) y en ella realizó un enorme número de observaciones clínicas de gran exactitud. Igualmente señaló la importancia del medio ambiente, los traumas psíquicos y la herencia. No obstante, negó la etiología sexual en este padecimiento.

A partir del año 1862, J. M. Charcot se hizo cargo de la sección psiquiátrica de la Salpêtrière y alcanzó fama merced a sus trabajos sobre el histerismo. El célebre neurólogo francés analizó el gran ataque de la conversión y distinguía cuatro fases: 1. El epileptoidea; 2. La de las convulsiones; 3. La actitud pasional, y 4. El periodo delirante.

Al ocuparse del estudio de las parálisis surgidas después de los traumas, Charcot intentó reproducirlas artificialmente y utilizó para ello pacientes histéricos a los que transmitía estados de sonambulismo, valiéndose para ello de la hipnosis. De esta manera lograba demostrar que las parálisis eran consecuencia de las representaciones dominantes, con lo cual quedaba evidente el mecanismo de la conversión. A partir de las contribuciones de Charcot, resultaba difícil poner en duda que la mente no pueda provocar los síntomas de una afección orgánica. Lo fundamental en la obra del gran neurólogo es su concepción fisiopatológica de la enfermedad: "La histeria es psíquica por excelencia."

En 1893 Pierre Janet, discípulo de Charcot, procedió a investigar los aspectos ideativos de la enfermedad. Llegó a la conclusión de que en la histeria se reduce la capacidad de un individuo para sintetizar los conceptos y afirmaba: "En los histéricos los residuos mentales representan grupos de ideas e imágenes de una considerable capacidad plástica que quedan fuera del dominio de la conciencia a causa de obstáculos en el pensamiento." Aunque Janet hablaba de un factor etiológico constitucio-

nal, también admitió las tensiones de la vida cotidiana como factores pre-disponentes a la conversión.

A partir de 1893, Joseph Breuer y Sigmund Freud comenzaron a publicar sus experiencias con un nuevo modelo de investigación y tratamiento de la histeria. Su comunicación preliminar titulada *El mecanismo psíquico del fenómeno histérico*, fue seguida por una serie de casos clínicos que constituyen los llamados *Estudios sobre la histeria*, editados en 1895. Las experiencias de los autores evidenciaron su punto de vista, de que la represión de los traumas psíquicos eran los elementos determinantes en la etiología de las conversiones.

Breuer y Freud encontraron que los síntomas subsistían aun en estados de hipnosis, a pesar de que ya se hubiera descubierto el proceso causal de la enfermedad. Era necesario que se reprodujera la memoria original acompañada de sus afectos en una forma vívida; para colocar al paciente en lo que denominaron *statu nascendi*, en donde podría librársele de los síntomas histéricos. Es decir, era indispensable engendrar la emoción original para que la terapia rindiera efectos positivos. La conclusión de los autores fue que: "El histérico sufre de reminiscencias que parten de la infancia y que han sido reprimidas por un largo tiempo, para reaparecer durante la vida adulta."

En dos artículos teóricos sobre las neuropsicosis de defensa (1894 y 1896), Freud procede a trazar una diferenciación entre la histeria, las obsesiones y las psicosis alucinatorias (esquizofrenias?). El descubridor del Psicoanálisis observa que en los tres trastornos, existe una disociación de la conciencia, por lo que los denomina defensivos, pero que en ellos podemos observar: 1. En las histerias la representación intolerable se vuelve inofensiva por la transformación de la magnitud del estímulo en excitaciones somáticas, proceso que Freud denomina a partir de este momento, conversión; 2. En las representaciones obsesivas, el afecto al ser rechazado por la conciencia, se adhiere a otros elementos convirtiéndose en ideas repetitivas, y 3. En la locura alucinatoria el yo se conduce como si la representación nunca hubiera existido.

En relación al origen de las neurosis, Breuer había descubierto el método catártico y pensaba que el tema sexual no era el causante etiológico de ellas, por lo que en las monografías originales sólo es mencionado en forma secundaria. Sin embargo, los distintos casos que habían examinado juntos confirmaban la importancia de la sexualidad como móvil fundamental en las histerias.

Hasta este momento las relaciones entre los dos autores habían sido cercanas. Breuer, quien había colaborado al descubrimiento del reflejo respiratorio, se inclinaba hacia una teoría fisiológica y pensaba que una

falta de comunicación de distintas zonas del cerebro era la causa del fenómeno conversivo. Según su opinión una situación traumática quedaba enquistada, no pudiendo tomar contacto con las demás regiones del encéfalo.

Freud se oponía a esta teoría, pues había observado que existían otros elementos de importancia, como el factor emocional y los impulsos sexuales reprimidos que provocaban las amnesias y demás síntomas de la histeria. Pese a su buena voluntad, no pudo conciliar sus ideas con las de Breuer y paulatinamente se fueron separando. De acuerdo con Jones, la problemática surgió a raíz de que la esposa de Breuer se dio cuenta de que una paciente se encontraba intensamente enamorada de su marido.

Freud prosiguió las investigaciones por su cuenta, abandonando al poco tiempo el método catártico y aun la hipnosis. En realidad, se puede decir que sus dotes como hipnotizador resultaban bastante imperfectas y por ello no conseguía trances profundos en la mayoría de sus pacientes. Además, poco a poco fue descubriendo que la relación de éstos con el médico quedaba perturbada y decidió modificar la técnica. Fue así como descubrió la libre asociación y la manera de interpretar los sueños que permiten descubrir el inconsciente, mientras la conciencia sigue actuando. En 1905 con el *Fragmento del análisis de un caso de histeria*, Freud encuentra la intensidad inconsciente con la que los factores infantiles actúan en la relación de su paciente. Dora, con ello revela el mecanismo de la transferencia. Se puede afirmar que a lo largo de doce años el descubrimiento del Psicoanálisis se debió a las aportaciones de las pacientes con síntomas conversivos.

El problema de la histeria desde Freud, parecería consistir en una fijación genital y la razón que lo habría ocasionado residiría en el conflicto edípico.

De acuerdo con la teoría psicoanalítica, este complejo se encuentra constituido por los siguientes deseos: 1. Un anhelo genital hacia la madre que se inicia alrededor de los cinco años de edad. Algunos autores como M. Klein y P. Heimann lo colocan en etapas previas; 2. Necesidad de destruir al padre, para verificar la unión con la madre, y 3. Angustia derivada del temor de la acción retaliatoria de éste y temor a ser castrado (proyección) debido a la debilidad intrínseca de uno mismo, al enfrentarse a un rival superior (padre).

El problema anterior que adquiere características universales en la especie humana, necesita, sin embargo, de una solución no patológica, como ha señalado Wisdom (1961), es decir, un procedimiento ideal de ajustarnos a la situación edípica.

En el caso Dora (Freud, 1905) se observa muy claramente que la

paciente desarrollaba ataques de tos, que eran derivados de las observaciones que había efectuado a causa del toser de la señora K. (amante del padre), pero Dora se sentía culpable de la rivalidad con ella. Es decir, había escogido la aflicción de la señora K., como punto de identificación. Creo que Freud en este caso apuntaba los primeros elementos hacia la resolución del complejo de Edipo, que podría tomarse en términos de identificación.

En *El yo y el ello* (1923) escribía: "Junto con la demolición del complejo de Edipo, los objetos catectizados (llenos de cargas) del niño hacia su madre deben abandonarse y su lugar puede ser llenado con una de dos cosas: una identificación con esta figura, o bien intensificar la misma con el padre. Estamos acostumbrados a examinar esta última forma como la más normal."

Resulta obvio que Freud estaba mencionando el tema de la bisexualidad dentro de una resolución del conflicto edípico. En una carta a Fliess en agosto de 1899 manifestaba: "Bisexualidad, estoy seguro que estás en lo cierto y me estoy acostumbrando a examinar cada acto sexual, como un evento entre cuatro individuos."

Una parte esencial de las relaciones genitales está formada por las fantasías inconscientes, que aparecen y provocan la excitación. Éstas son cambiantes, combinan escenas, personas y hechos; al mismo tiempo que decrecen o incrementan el poder sexual. El objeto que escogen estas fantasías es una condensación de los personajes en las vidas de los seres humanos, desde los padres hasta los objetos actuales, aunque no es necesario que resulten absolutamente conscientes.

Cuando las posibilidades múltiples de condensaciones coinciden y las identificaciones sexuales de dos individuos se unen en el sentido de que los impulsos agresivos y tiernos funcionan en una forma concordante, la relación sexual es completa. Estimo que es a este elemento al que Freud se refería al pensar que en toda relación sexual participan cuatro individuos.

En otras palabras, una persona que se haya logrado abandonar en un acto sexual, se identificará con su compañero y podrá experimentar el placer que éste siente. Tal vez, al final de cuentas éste representará el ajuste menos patológico a la situación edípica.

Fue a través del tratamiento de histéricas como el Psicoanálisis tuvo nacimiento. Los conceptos de: represión, fijación, regresión y resistencia aparecieron en el lenguaje psiquiátrico a partir del descubrimiento.

Algunos autores como Noble (1951), Marmor (1954) y Fairbairn (1954) parecen coincidir en que pueden ser demostrados mecanismos orales como determinantes de la histeria. El primero de ellos hace hincapié en el hecho

falta de comunicación de distintas zonas del cerebro era la causa del fenómeno conversivo. Según su opinión una situación traumática quedaba enquistada, no pudiendo tomar contacto con las demás regiones del encéfalo.

Freud se oponía a esta teoría, pues había observado que existían otros elementos de importancia, como el factor emocional y los impulsos sexuales reprimidos que provocaban las amnesias y demás síntomas de la histeria. Pese a su buena voluntad, no pudo conciliar sus ideas con las de Breuer y paulatinamente se fueron separando. De acuerdo con Jones, la problemática surgió a raíz de que la esposa de Breuer se dio cuenta de que una paciente se encontraba intensamente enamorada de su marido.

Freud prosiguió las investigaciones por su cuenta, abandonando al poco tiempo el método catártico y aun la hipnosis. En realidad, se puede decir que sus dotes como hipnotizador resultaban bastante imperfectas y por ello no conseguía trances profundos en la mayoría de sus pacientes. Además, poco a poco fue descubriendo que la relación de éstos con el médico quedaba perturbada y decidió modificar la técnica. Fue así como descubrió la libre asociación y la manera de interpretar los sueños que permiten descubrir el inconsciente, mientras la conciencia sigue actuando. En 1905 con el *Fragmento del análisis de un caso de histeria*, Freud encuentra la intensidad inconsciente con la que los factores infantiles actúan en la relación de su paciente. Dora, con ello revela el mecanismo de la transferencia. Se puede afirmar que a lo largo de doce años el descubrimiento del Psicoanálisis se debió a las aportaciones de las pacientes con síntomas conversivos.

El problema de la histeria desde Freud, parecería consistir en una fijación genital y la razón que lo habría ocasionado residiría en el conflicto edípico.

De acuerdo con la teoría psicoanalítica, este complejo se encuentra constituido por los siguientes deseos: 1. Un anhelo genital hacia la madre que se inicia alrededor de los cinco años de edad. Algunos autores como M. Klein y P. Heimann lo colocan en etapas previas; 2. Necesidad de destruir al padre, para verificar la unión con la madre, y 3. Angustia derivada del temor de la acción retaliatoria de éste y temor a ser castrado (proyección) debido a la debilidad intrínseca de uno mismo, al enfrentarse a un rival superior (padre).

El problema anterior que adquiere características universales en la especie humana, necesita, sin embargo, de una solución no patológica, como ha señalado Wisdom (1961), es decir, un procedimiento ideal de ajustarnos a la situación edípica.

En el caso Dora (Freud, 1905) se observa muy claramente que la

de que en los pacientes estudiados por Freud, los elementos psicóticos eran predominantes.

Judd Marmor opina que la fácil accesibilidad de los pacientes histéricos en la terapia es un mito, fundamentado en la plasticidad de los síntomas, pero las estructuras caracterológicas resultan sumamente difíciles de alterar. La desaparición de las manifestaciones conversivas es una manera de satisfacer al terapeuta en la transferencia, pero esta misma dependencia oral se convierte a la larga en una forma de resistencia.

Fairbairn afirma que la mayoría de los histéricos son ávidos de ser amamantados y comenta: "La sexualidad de estos pacientes es en lo profundo extremadamente oral."

En el Congreso de Psicoanálisis de París se formó un grupo de discusión sobre el problema de la histeria. David Beres afirmó que la enfermedad ha cambiado tanto psicodinámicamente como desde el punto de vista clínico. Los pacientes no se asemejan a aquellos que examinaban: Charcot, Breuer o Freud. Las alteraciones no son conversivas sino psicósomáticas dentro de una neurosis mixta. El problema estructural es el principal aunque exista el mecanismo de la represión.

Alfredo Namnum hizo énfasis en que el carácter histérico debe ser definido al igual que se ha hecho con el obsesivo. Se habla con frecuencia de elementos impulsivos que buscan placer en individuos exhibicionistas, pero la personalidad total es más bien una defensa contra la expresión del instinto. Namnum asegura que la conversión tiende a desaparecer en favor de las fobias.

Eric Brenman insiste en un aspecto psicótico que descubriría un problema oral temprano. Los pacientes muestran extrema dificultad para establecer una alianza terapéutica debido a: 1. Ostensibles pruebas de que niegan la verdad psíquica. 2. Identificación con el objeto-fantasma, y 3. Una estéril y avariciosa dependencia. Prueban frigidez para negar sexualidad. Niegan a ésta, haciéndose víctimas de agresión, para a su vez negar esta última, para dejarse violar, etcétera. Necesitan siempre una relación falsa. A través de su dependencia terapéutica se vuelven demandantes y usan a la gente compulsivamente.

André Green señaló la economía psíquica de la histeria que utiliza defensas en contra de representaciones inconscientes. El contenido de éstas es la capacidad para crear fantasías.

La conclusión de este Simposio fue que la predisposición oral permanecía en dos formas: 1. Presentando una fase temprana no sexual, lo cual es una contradicción a la teoría de Freud, o bien, 2. Se afirma que la histeria es oral y pide cuidados maternos predominantemente.

CARACTERÍSTICAS DE LA HISTERIA

El histérico tiene como elemento básico de su personalidad una falta de autenticidad. Debe representar un papel abultado, no sólo delante de los demás, sino de sí mismo. Quieren valer más de lo que merecen por sus aptitudes y capacidades, su origen y su posición social.

Aunque lo anteriormente descrito sucede en diversos individuos, es en los histéricos en los que adquiere un carácter especial, porque detrás de sus pretensiones, se oculta una insuficiencia ante la vida real. Los enfermos carecen de fe en sí mismos y en sus fuerzas y tratan de corregir o compensar su propia debilidad, recurriendo a toda clase de medios para ostentar una vida ficticia.

La histeria es mucho más frecuente en el sexo femenino que en el masculino. Al revisar las diferencias sexuales en el capítulo IV, señalamos algunos de los factores que pueden intervenir en ello. Aquí simplemente agregaremos que el masoquismo está más arraigado en la mujer que en el hombre. También se podría asegurar que el proceso de abandonar el clítoris por la vagina, juega un papel importante en el desarrollo de la histeria.

El histerismo de una madre puede reflejarse en los hijos. Así vemos que una educación demasiado delicada, escrupulosa y sensitiva puede servir de cultivo para la expansión de este carácter. Los hijos únicos están más predispuestos por las muchas esperanzas que se colocan en ellos y las dificultades inherentes de la vida, que los lleva a compensarse asumiendo actitudes artificiales.

También es frecuente observar que ciertas personas adoptan existencias nada satisfactorias, que las llevan a manifestaciones histéricas. Por ejemplo: institutrices, amas de llaves, solteronas o prostitutas. Asimismo, las enfermedades orgánicas de larga duración condicionan rasgos histéricos, como se puede observar en: las parálisis, epilepsias, esclerosis múltiples, etcétera.

El egoísmo es uno de los atributos del carácter más importantes que observamos en la histeria. Es necesario afirmar aquí, que todos los hombres lo somos, pero no en una forma exclusiva, ni permanentemente. Los histéricos apetecen de inmediato la estimación o reconocimiento de los demás. Siempre desean ser ensalzados y a veces este egoísmo surge con una desconsideración brutal. Todo aquel que no se desvele por sus intereses, se trueca en su enemigo mortal. Parecería que gozan a través de atormentar a las personas que les rodean con sus quejas.

En las histéricas el cariño hacia los hijos es también exagerado y se

torna en lo contrario en cuanto éstos proceden en contra de su voluntad. Los histéricos aparentemente se acomodan a las intenciones de los demás, pero tan pronto como el arbitrio ajeno se muestra en contra de sus propios deseos, se extingue la conveniencia, viéndose entonces cuán pobremente arraigados se encontraban. Nótase claramente que la preocupación exteriormente altruista llevaba un móvil interesado y más que nada se buscaba forzar a la gratitud y a la subordinación.

Es por esta circunstancia que las histéricas se dedican al cuidado de los enfermos, para ejercer su superioridad y ser tenidas como donantes. Esto les imprime una fingida religiosidad. Hablan de su relación personal con Jesucristo que las distingue de la gran masa de creyentes.

Otras enfermas se contentan con buscar desgracias o chismes, husmeando la vida de los demás, intrigando, zahiriendo, escribiendo anónimos. Llegan a extremos de egoísmo, para que todo se centre en ellas.

En la transferencia el médico es venerado, hasta que un día no toma lo bastante en serio las quejas de la enferma o se pasa de tiempo con la paciente anterior y entonces se le odia profundamente y se le ataca con todo tipo de injurias. Las relaciones con el médico adquieren carácter personal y cuando no se logra intimar con él, por lo menos se intenta que otras personas lo crean.

Toda relación es erotizada y resulta frecuente un pudor exagerado que llega hasta la gazmoñería. Ello se debe a la falta de satisfacción sexual y las esperanzas fracasadas de una existencia con éxito que crean lagunas en la vida afectiva, la cual es llenada por medio de vivencias morbosas. Esto da lugar a la característica coquetería y seducción que les es propia a las histéricas.

Los afectos son lábiles y se desencadenan con facilidad, muy a menudo sin motivo alcanzando enorme intensidad. Todo es exagerado, tanto el trabajo como las diversiones, el odio como el amor, el dolor como el placer, la alegría y la tristeza, el entusiasmo y el asco, pero ningún afecto dura; cualquier estado de ánimo cesa con la misma prontitud con que han aparecido o cambiase en el sentimiento contrario. Gozan narrando situaciones que para otras personas serían desagradables. Entre éstas figuran el relato de penalidades y torturas. A veces suceden a continuación de una auténtica desgracia y entonces las histéricas prorrompen en lamentos, quejas, gritos y llantos, para no aparecer demasiado tibias. Puede decirse que lo mismo sucede con las alegrías, puesto que éstas carecen de naturalidad. Las enfermas no son capaces de sentir de una manera sencilla, directa y profunda.

Los intentos de suicidio de los histéricos en la mayoría de los casos no son auténticos, sino que se realizan de una manera teatral para im-

presionar. Se afloja el clavo antes de ahorcarse, o bien un suicidio preparado se frustra por una lipotimia salvadora.

Casi todos los rasgos descritos corresponden más bien a una regresión oral profunda. Es por ello, que observamos frecuentemente en las histéricas alcoholismo o adicción a drogas. Las fantasías y los sueños que delatan conflictos homosexuales son simbólicas de un deseo de ser amamantadas por el pecho. La sexualidad que expresan es un deseo pregenital y no genital, de aquí el temor de que la seducción histérica las conduzca a una relación sexual. No quieren ser vividas como mujeres, sino amamantadas como niños.

Puede afirmarse que el descubrimiento del primer carácter hecho por Freud hasta 1908, cuando ya había abandonado el estudio de la histeria, dio lugar a que se fijara principalmente en el fenómeno conversivo, que por otra parte era más frecuente a comienzos del siglo. Es posible asegurar que estos cuadros se van volviendo menos comunes, debido entre otras cosas a aspectos de tipo sociológico y a la evolución actual de la medicina.

Las imágenes inconscientes del paciente conversivo dan lugar a sus síntomas. Como afirmaba Ferenczi: "a la materialización de sus fantasías", en otras palabras la represión de las mismas, encuentran una expresión plástica en alteraciones de la función física.

Los ataques histéricos representan simplemente pantomimas de actos sexuales. Las parálisis conversivas son en general defensas contra una acción y se presentan como en Ana O. (paciente de Breuer) cada vez que se le recordaban sus sentimientos ante la muerte del padre. En el momento en que sucedió, la paciente se hallaba sentada cerca de su cama con el brazo próximo a la cabeza paterna. Los dolores en la conversión son simplemente sustitutos de excitaciones placenteras que fueron reprimidas. Las modificaciones de las percepciones sensoriales pueden representar la elección de determinadas impresiones para evitar aspectos sexuales.

CASO CLÍNICO

La paciente a la que me voy a referir y a la que llamaré supuestamente N., es una mujer de 35 años de edad, casada, ligeramente obesa. Escritora ocasional que ha publicado una novela y algunos cuentos. Su cabello es rubio pintado, abundante y casi nunca peinado. Ojos de color café oscuro de mirada inteligente. Manos alargadas con uñas excesivamente largas y barnizadas.

Viste de manera extraña, siempre exagerada, presentando en su conjunto algo raro, generalmente extravagante, que la singulariza de las

demás mujeres, la mayoría de las veces sumamente cursi. Ostenta casi siempre joyas de mayor vistosidad que positivo valor.

N. nació en la ciudad de México. Sus padres pertenecen a una familia venida a menos. El padre cuenta en la actualidad con 60 años de edad y es descrito como un hombre rígido y perfeccionista. Sumamente religioso, pero al mismo tiempo rechazante hacia las gentes. Su carácter lo hace poco comunicativo y en su conversación se muestra siempre preocupado por todo. Hace 15 años sufrió un cuadro depresivo, teniendo que ser tratado por medio de electrochoques, sin embargo, la figura paterna representa para la enferma un aliciente, pues tenía intereses literarios.

La madre es una mujer algunos meses menor que su marido. Es descrita como sumamente cuidadosa en el manejo de sus afectos. Su actitud fue siempre muy desigual con respecto a la paciente a la que dirigía constantemente amor y rechazo. N. siempre deseó que su padre se hubiera casado con una mujer que ella hubiera podido admirar (situación edípica).

La paciente es hija única. Fue amamantada por su madre hasta los 10 meses de nacida. A los 6 años inició la escuela donde trataba de sobresalir, haciéndose favorita de todas las maestras. Con las compañeras experimentaba generalmente problemas, debido a que no la seguían en sus caprichos. Era demandante con ellas y por ello permanecía alejada de los grupos. Durante la latencia desarrolló importantes rasgos narcisistas y se mantenía largo tiempo contemplándose en los espejos.

La paciente fue enseñada a masturbarse por una prima mayor que ella. Este acontecimiento tuvo lugar a los 11 años y el hábito se convirtió en placentero. A los 16 años ingresó en la preparatoria. Se sentía ligeramente obesa y poco atractiva y por ello trató de buscar compensación a través de ser diferente en su conducta que las demás alumnas. A la edad de 18 años consiguió adelgazar y fue hasta entonces que comenzó a salir con muchachos. Al terminar la escuela ingresó a la Facultad de Filosofía, pero no logró graduarse en literatura.

A los 22 años se casó con un hombre 4 años mayor que ella. Durante ocho años no hubo hijos, aunque no había utilizado contraceptivos. Como era de esperar no se había identificado con alguna figura femenina, por su dificultad en relacionarse con una verdadera figura materna. Las madres en su mente poseían características de: hostilidad, crueldad y eran explotadoras. Por lo tanto, temía convertirse en una de ellas.

En el área literaria su productividad ha sido variable. Ha publicado algunos poemas, cuentos e incluso una novela corta llevada al teatro.

El esposo es un hombre inteligente y educado que permanece pasivo, con respecto a la agresividad de la enferma, que en cierta forma lo dis-

minuye al considerar su carrera como escritora superior, a las habilidades de este hombre para alcanzar el éxito económico que en realidad ha conseguido por medio de su carrera como médico. Esta característica de querer sobresalir es la base de la histeria, constantemente anhela valer más de lo que merecen sus aptitudes o capacidades. Se atribuye éxitos culturales exagerados. Como resultado de sus escasas publicaciones, N. se ha construido una vida imaginaria, que no resulta sino una negación de su propia insuficiencia en la vida real.

La paciente es extremadamente egoísta. A los dos años de terapia adoptó una niña y anunciaba ante las gentes que la rodeaban su acto como una hazaña, pero posteriormente evitaba el contacto íntimo con la criatura, una vez que había podido exaltar suficientemente la adopción.

La necesidad de sufrimiento en ella, adquiere proporciones poco usuales. Sus obras literarias eran publicadas, e incluso alcanzó cierto éxito con una obra de teatro. Tenía un excelente esposo que la quería, una bella casa, dos hijos, pues había adoptado un varón. A través del tratamiento había dejado de ser frígida y sin embargo, llegaba a cada entrevista en la que ponía de relieve martirios y aflicciones, queriendo hacer valer el costo del análisis.

Es notable que durante la terapia de N., todo se centraba alrededor de ella, incluso cuando el marido presentaba serios problemas de trabajo, su actitud era la de ensalzar sus sufrimientos como consecuencia de las dificultades del esposo y lo mucho que ella había realizado para ayudarlo.

Ante todo mostraba la paciente contrastes. Por una parte vestidos extravagantes, bizarros, pero casi siempre novedosos, así como cuadros de las escuelas actuales de pintura, y por el otro lado el amueblado de su casa en el mismo estilo de Luis XV.

En la transferencia el analista era aparentemente admirado, mientras las interpretaciones fueron de carácter expectante, mas cuando las quejas de la enferma no fueron tomadas demasiado en serio, surgió una rabia profunda. Las relaciones que eran mantenidas a niveles psicoanalíticos, creaban en N. una distancia intolerable, que por todos los medios quería romper y ante la imposibilidad de abrir la barrera, hacía creer a las demás personas que sus relaciones eran personales y secretas.

El afecto de mi enferma podría describirse como desgarrado. En una ocasión fue parasitada por amebas y sus lamentos, dolores y quejas carecían por completo de naturalidad. Cuando su médico le prescribió una dosis ligera de arsenicales, su exageración llegó al límite, proclamando a su alrededor que ingería sustancias que contenían veneno.

Cuando el padre sufrió los electrochoques, la paciente desarrolló una marcada contractura de la mano derecha y una parálisis del brazo. Los

síntomas aparecieron súbitamente y fue examinada por varios médicos y un neurólogo que la envió a tratamiento psicoanalítico. La parálisis trajo a N. la atención de todos y la posibilidad de volver a ser el centro de atracción incluso del padre.

La actitud libidinosa del caso que he presentado se caracteriza por un predominio del tomar sobre el dar. Todo en ella es incorporado y sin embargo, siempre se halla vacía y por lo tanto, todas sus actitudes afectivas se encuentran dirigidas a un fin, que consiste en llenar ese tremendo hueco emocional.

BIBLIOGRAFÍA

- ABSE, W. *Hysterical Conversion and Dissociative Syndrome and the Hysterical Character*, en *American Handbook of Psychiatry*. Ed. Arieti, S. Basic Books. Vol. III. New York, 1974.
- BREUER, J. y FREUD, S. *Studies on Hysterias*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. II London, 1893-1895.
- BRIQUET, P. *Traité Clinique et Therapeutique de L'Histerie*. Bailliere et Fils. París, 1859.
- BUMKE, O. *Tratado de las enfermedades mentales*. F. Seix. Barcelona, 1927.
- CHARCOT, J. M. *Lecons du Mardi*. Delahaye et Lecrosnier. París, 1859.
- FAIRBAIRN, R. W. *Observations on the Nature of Hysterical States*. Brit. J. Med. Psychol. 27:105-125. 1954.
- FENICHEL, O. *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*. Norton. 1952.
- FREUD, S. *The Neuropsychosis of Defence*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. III. London, 1894-1896.
- FREUD, S. *Fragment of an analysis of a case of Hysteria*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. VII. London, 1905.
- FREUD, S. *The Ego and the Id*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. XIX. London, 1923.
- GUARNER, E. *The Problem of Hysteria*. Aprobado para publicación en *The Psychoanalytic Forum*.
- JANET, P. *L'etat mental des Hysteriques*. Rueff. París, 1892.
- JASPERS, K. *De la Psychotherapie*. Etude Critique. Presses Universitaires de France. París, 1954.
- JONES, E. *Sigmund Freud. Life and Work*. The Hogarth Press. Vol. I. London, 1956.
- La Naissance de la Psychoanalyse. Lettres de Freud a Fliess*. Carta 113 (1887-1902). Presses Universitaires de France. París, 1956.
- LAPLANCHE, J. *Panel on Hysteria Today*. Inter. J. Psychoanal. 55:459-470. 1974.
- LAYCOCK, T. *Treatise on the Nervous Diseases of Women*, en *The Development of Traditional Psychopathology*. Altschule, M. Halted Press. Book. 1974.

- MARMOR, J. *Orality in the Hysterical Personality*. J. Amer. Psychoanal. As. 1:656-671. 1954.
- NOBLE, D. *Hysterical Manifestations in Schizophrenic Illness*. Psychiat. 14:153-160. 1951.
- PLATÓN. *Diálogos. Timeo o de la naturaleza*. EDAF. Madrid.
- SYDENHAM, T. *Epistolary in the History of Psychology*. Appleton Century. 1702.
- SZASZ, T. *The Myth of Mental Illness*. Seeker Warburg. London, 1961.

CAPÍTULO VIII

EL CARÁCTER OBSESIVO-COMPULSIVO

La naturaleza esencial de las obsesiones y compulsiones radica en su irrupción en la vida psíquica a través de: ideas, imágenes, afectos, impulsos y movimientos. La resistencia por parte de la mente en la cual el síntoma es reconocido como algo extraño, es la característica más importante en el fenómeno obsesivo. Los síntomas compulsivos son actos que se repiten y que presentan un componente motor. Por ejemplo: un gesto o las acciones rituales. Las obsesiones se refieren básicamente a las ideas persistentes que permanecen en la mente humana sin cesar.

Si la personalidad total de un sujeto se identifica con el pensar obsesivo y éste se convierte en sintónico con el yo, en el cual no existe un sentimiento ambivalente, surge lo que denominamos un delirio. La idea falsa e inamovible en la cual no se presenta autocrítica ante su irracionalidad. Por ejemplo: los celos patológicos.

En el presente capítulo he reunido los fenómenos que describiré bajo el epígrafe de carácter obsesivo-compulsivo, debido a que la alteración que se presenta resulta más que nada en un estado y no un síntoma. La persona que sufre el padecimiento se encuentra fijada a una regresión anal profunda. Es por ello, que abandono la palabra neurosis que simplemente daría lugar a que habláramos de: representaciones, acciones o síntomas obsesivos. Creo que en este caso, podemos aspirar a reunir los fenómenos clínicamente relacionados unos con otros y presentarlos en forma unitaria. Además resulta muy difícil concebir una neurosis obsesiva sin un carácter concomitante. Baste aquí afirmar que se trata de un trastorno severo dentro de las enfermedades mentales, en el que predomina una marcada ambivalencia, defensas en contra de la expresión del afecto y pensamiento mágico de origen arcaico. El componente libidinal erótico es negado de una manera vehemente y suprimido de la conciencia.

Aunque los estados obsesivos eran conocidos desde tiempos primitivos, las primeras descripciones parten tal vez de las monomanías de Esquirol,

quien concebía a un hombre ofuscado por una sola idea. En 1877 Karl Westphal llamaba representaciones obsesivas a las que hallándose intactas en lo que respecta a la inteligencia, se sitúan en el primer plano de la conciencia contra la voluntad de un individuo, cruzando e interrumpiendo el curso normal de las representaciones sin que el que las padece consiga ahuyentarlas, aunque las considere siempre como anormales, extrañas y se oponga a ellas con su conciencia sana.

Pierre Janet (1908) en una excelente descripción sobre el tema, notaba la especificidad de la personalidad obsesiva, la cual resulta diferente de la que se observa en el individuo ansioso o neurasténico.

En el mismo año, Sigmund Freud demuestra la relación que existe entre el carácter obsesivo y el erotismo anal y llama la atención sobre las peculiaridades típicas de los individuos fijados en esta etapa del desarrollo que son: el orden, la parsimonia y la obstinación. Según el descubridor del Psicoanálisis las personas no han superado su incontinencia fecal y en la infancia sufren fallas en el funcionamiento intestinal por retención o expulsión. El erotismo anal es uno de los componentes del impulso sexual, que en el curso del desarrollo y de acuerdo con las demandas de la civilización se ha vuelto inútil para la sexualidad. De aquí, que la sublimación de ésta, haya dado lugar a rasgos permanentes del carácter que son: la parsimonia, la petulancia y la pedantería.

En 1909 Freud analiza un caso severo de lo que él denomina una neurosis obsesivo-compulsiva, pero que en el fondo puede más bien ser considerado como un paciente limítrofe o una esquizofrenia.

Con la publicación de *Nuevas aportaciones al Psicoanálisis* en 1917, Freud realiza la mejor descripción del padecimiento: "La neurosis obsesiva toma esta forma cuando la mente del paciente está ocupada por pensamientos que no le interesan, siente impulsos que le son ajenos y se ve obligado a emprender acciones que no le traen placer alguno. Ante estas últimas, el enfermo se siente impotente para desistir efectuarlas. Los pensamientos pueden no tener significado para él, puesto que le parecen incluso tontos, no obstante constituyen el punto de partida para un exceso de concentración que lo dejan exhausto. En contra de su deseo el paciente tiene que preocuparse y especular como si fuera una situación de vida o muerte. Los impulsos carecen igualmente de significado pero son tentaciones para cometer serios crímenes, de tal forma que el enfermo no los siente suyos."

Desde el punto de vista freudiano, todos los caracteres se originan en la infancia, debido a los antagonismos del hijo con sus padres. Al depender del amor de éstos, el niño se encuentra al mismo tiempo sometido a la disciplina que ellos desean. Aunque este conflicto y sus consecuencias permanecen reprimidos, es indudable que altera el desarrollo y produce la neurosis.

En relación con la patología obsesiva, Freud pensó que el paciente se encontraba fijado a un nivel en el cual los impulsos anales sadomasoquistas dominaban. La teoría hizo que se llamara la atención hacia el proceso del entrenamiento de los esfínteres. El niño debe controlar voluntariamente las evacuaciones. Para que ello se efectúe es necesaria la maduración del aparato neuro-muscular, además que el pequeño tenga la capacidad para sentarse y que pueda comprender las señales que se le manden. Si la madre es ambiciosa, demandante e impaciente, el hijo adquirirá una combinación de características determinadas, como una reacción ante los requerimientos de la figura materna. Desde luego, que lo que implicamos es que durante el entrenamiento de los esfínteres, se coloca el primer ladrillo de una construcción que será desarrollada a lo largo de los numerosos años en que existe dependencia del hijo hacia sus progenitores.

El conflicto provoca en el niño una lucha entre sus sentimientos de culpa al no obedecer y al mismo tiempo su rabia desafiante al tener que abandonar su propio placer. Debido a que la culpa es mayor, tratará de reprimir su hostilidad. El resultado final será una actitud disciplinada con diversos grados de ambivalencia. La severidad del conflicto determinará que presente un *superyo* sádico, frente a un *yo* masoquista. En contraste con la etapa oral, la sádico-anal se encuentra conectada con el dominio de los impulsos del *ello* y con el predominio de la crueldad.

Ferenczi (1913), traza magistralmente los estados que el niño pasa, desde la idea original del excremento a la que se refiere al dinero. La observación de la conducta de los pequeños y la investigación psicoanalítica de los neuróticos, sugiere que los primeros muestran interés sin inhibiciones en el proceso de la defecación y que obtienen con ello placer al retener. Esta situación se convierte en los primeros "ahorros", que llevarán al adulto hacia el atesoramiento.

Según Ferenczi, cuando se le enseña al niño el sentido de la limpieza, éste rechaza los excrementos como cosas sucias y comienza a jugar con arena. Posteriormente pasa por la edad de coleccionar: piedras, canicas, botones, etcétera. El niño goza con la recopilación de objetos y los busca cada vez de mayor pureza, lo cual lo lleva a coleccionar las brillantes monedas en circulación. La alta apreciación en que se las tiene, parte del respeto de obtener por medio de ellas, todo lo que se desea. Sin embargo, no son estos elementos prácticos los que más se consideran, sino el placer en el juego de atesorarlas. El deleite del oro y la posesión del dinero, puede representar una reacción en contra de las memorias escondidas durante el entrenamiento de los esfínteres.

Jones (1918) afirma que los rasgos de carácter que pueden desarrollarse en el periodo anal, pueden ser extremadamente variados, debido a la com-

plejidad de la relación del hijo con sus padres. Algunas de las cualidades más firmes y estabilizadoras se derivan de una solución favorable de este proceso: el individualismo, la determinación y la persistencia, el amor hacia el orden y el poder de la organización, la prudencia y la perfección, la generosidad, el buen gusto y la capacidad de manejar los objetos en el mundo material.

No obstante, los más desagradables rasgos de conducta pueden ser derivados de un defectuoso desenlace de la etapa anal: la irritabilidad, el mal temperamento, la tiranía, la avaricia, la mezquindad, la tendencia a aburrir y la obstinación.

Abraham (1920) presenta ejemplos de cómo el placer de la retención lleva a la demora de todas las actividades y de las relaciones de objeto en general. La expulsión, por el contrario, provoca la perseverancia y la actividad que no permite la interrupción por parte de los demás. El narcisismo infantil en la analidad lleva al perfeccionismo y al sentimiento de que nadie puede hacer las cosas como uno mismo. Abraham también menciona la tendencia a despertar deseos y expectativas y al mismo tiempo otorgar gratificaciones mínimas a los seres que rodean a los individuos anales.

Mabel Hushka (1942) en uno de los primeros números de *Psychosomatic Medicine*, realizó una importante investigación acerca de la influencia del entrenamiento de los esfínteres en 213 niños en un hospital de Nueva York. La autora los separó en dos categorías. Aquellos que sufrieron un entrenamiento de esfínteres de tipo "coercitivo", iniciado antes de los ocho meses y completado previos los dieciocho meses de edad; contra los que denominó "adecuado", comenzado después de los ocho meses y terminado pasados los dieciocho meses.

Hushka encontró mayor constipación, irritabilidad, dificultad en las relaciones de objeto en los primeros. Los niños examinados oscilaban entre los 6 y 13 años de edad.

En relación con la posición distal de la región anal, Paula Heiman (1962) ha observado que las excitaciones son reguladas de una manera autónoma por el niño. Si la fase oral fue gratificante para él, la criatura tiene que complacer a la madre en su labor disciplinaria, pero al mismo tiempo puede presentarse una situación ambivalente expresada de la siguiente forma: yo en contra de ti. Debido a la posición anatómica del ano que es dorsal y distante las intervenciones maternas son sentidas como ataques intrusivos.

En el Congreso Internacional de Psicoanálisis celebrado en Amsterdam en 1965, la mayoría de los trabajos se concentraron alrededor de las relaciones de objeto y la fuerza o debilidad *yoica* en el obsesivo.

El fenómeno compulsivo es frecuentemente observado en los niños. La

mayoría de sus juegos toman un aspecto formal y repetitivo. Los pequeños caminan con frecuencia por la calle dando un salto cada cuatro pasos o evitando salirse de la línea marcada en la acera. Pueden incluso tener una forma ritual de penetrar en el interior del hogar. Todas estas disposiciones de conducta están asociadas con ideas y fantasías del bien y del mal. El niño se da cuenta de la falta de sentido de sus compulsiones, pero aun así las repite sin cesar.

Los rituales infantiles pueden ser igualmente observados en animales, en los cuales se producen simples hábitos motores. A menudo en las especies zoológicas observamos una tendencia a reaccionar en una forma específica, que semeja el acto compulsivo.

Los pueblos primitivos viven en medio de temores y por ello tratan de gobernar su mundo amenazante, valiéndose de reglas estrictas y arcaicas, que prevengan el que cualquier evento externo perturbe el orden estrecho de su ambiente. Las supersticiones son reliquias de las creencias mágicas acerca de nuestros ancestros y ante situaciones adversas el hombre retorna a ellas para su resguardo.

En forma similar observamos en los adultos actos compulsivos intrascendentes y sin significado alguno: la idea de tocar madera al surgir la frase o fantasía de que podrá ocurrir un accidente; el temor de haber provocado fortuitamente la caída de la sal sobre la mesa, acontecimiento ante el cual debemos lanzarla atrás de nosotros, etcétera. La irracionalidad de todas estas ideas es admitida, pero una sensación de desagrado nos acompaña ante la infracción de la regla requerida por la superstición.

CARACTERÍSTICAS DEL OBSESIVO-COMPULSIVO

Teniendo en cuenta la infinita variedad de peculiaridades, es conveniente entresacar de la literatura y de la propia experiencia algunos ejemplos que nos sirvan para ilustrarla.

La principal defensa de todo obsesivo es el aislamiento del afecto, pero existen otras que pueden ser tan importantes como la anterior: la anulación, la formación reactiva, el desplazamiento, la intelectualización, etcétera. Podemos decir en general que los caracteres obsesivo-compulsivos son obstinados y provocan la irritación de quienes los rodean.

Aislamiento del afecto. Los pacientes permanecen incomunicados de una manera casi total. Es decir, se caracterizan por lo que comúnmente conocemos como rigidez. Utilizan un tipo de comunicación racional y lógica para evitar sentir emoción alguna. La información que nos proporcionan es predominantemente verbal y se valen del proceso secundario para impedir la salida de las fantasías inconscientes.

Como ha señalado Liberman: "La consecuencia de la hipertrofia defensiva de las operaciones lógicas, hacen que el paciente obsesivo se caracterice por su habilidad para desarticular por medio de un análisis crítico, el significado coherente y concreto de las interpretaciones del psicoanalista. La lógica de las emociones o sea la traducción verbal de los procesos primarios que el terapeuta ha percibido. Al mismo tiempo la meticulosidad, el detallismo y un excesivo orden en la información suministrada al terapeuta, provocan también en éste una sensación de tedio y de infructuosidad en la tarea que está realizando."

Los pacientes no contestan las preguntas que se les hacen, sino que prefieren repetirlas en su mente para contestar a la suya propia.

También evitan reconocer mérito alguno en la labor realizada por el analista y cuando los hechos los obligan a aceptar que los resultados de la terapia han sido positivos para ellos, el agradecimiento lo llevan a cabo en una forma impersonal, por ejemplo: afirman la grandeza de Freud, o bien lo extraordinario que es el Psicoanálisis.

Los pacientes obsesivos están casi siempre aislados de uno. Aunque parecen hablar con el terapeuta durante la sesión, en el fondo están encerrados en sí mismos. La relación es desligada y podría decirse que provoca un vacío profundo. Esto se observa con frecuencia en lo que concierne a las memorias, que casi siempre son aisladas por temor a recordar los castigos que posiblemente sufrieron, por parte de sus padres.

En el obsesivo también resulta frecuente su incomunicación en las relaciones sexuales. Tarachow habla de aquellos pacientes que buscan el contacto sexual en los autobuses o en el metro. Se colocan detrás de una mujer a la que estrechan aprovechando la aglomeración que se ha formado en el vehículo en que viajan. A través de este sistema parecen guardar su anonimidad frente a la figura femenina. La aproximación es llevada a cabo con las regiones posteriores de la mujer, excluyendo la vaginal.

Una variedad de la anterior se encuentra en los voyeuristas de las prostitutas. Individuos que obtienen excitación sexual observando a las mujeres de la calle y que no se permiten el desarrollo de ningún tipo de relación personal con ellas.

Los objetos divididos. El término ambivalencia fue introducido al Psicoanálisis por Eugen Bleuler para describir la coexistencia de impulsos y emociones contradictorias. Usualmente nos referimos con él, a la presencia simultánea del amor y el odio que se dirigen hacia un objeto.

En la situación transferencial el paciente obsesivo somete al terapeuta a todo tipo de pruebas. Quiere constantemente saber si este último ha entendido el significado de cualquier comunicación verbal, para confir-

mar o negar que ha sido comprendido. A veces se observa que el analista cayó en la trampa del paciente y se producen discusiones interminables para saber quién de los dos dijo algo y cómo y cuándo este detalle fue expresado.

La ambivalencia puede tomar, durante la terapia, formas muy sutiles. Un ejemplo será hacer un señalamiento y que el obsesivo asegure que aquello que le fue interpretado también le sucede a las demás personas. Se pueden valer de la idea de que la hostilidad que sienten es inconsciente y por lo tanto, reprimen la culpa que deberían experimentar. Es necesario hacerles ver que sus pensamientos no están tan alejados de la consciencia como ellos quisieran.

En el tratamiento el psicoanalista es sentido como un padre exigente, ante el cual debe actuarse de la manera más formal posible. Los pacientes aparentemente trabajan en la terapia, pero esto en muchas ocasiones es ficticio. Debe tenerse en cuenta que los obsesivos vivieron con progenitores que no permitían el ocio o el descanso y que obligaban a su hijo a laborar constantemente y sin detenerse.

Una característica bastante común en el obsesivo es encontrar dos objetos. Una muestra de lo anterior resulta al estar enamorado de dos mujeres y en cierta forma dirigir ternura y afecto a una de ellas y crueldad y odio hacia la otra. Un segundo modelo será dividir los sentimientos con ambas. En el fondo la ambivalencia es una manera de balancear las emociones que en el desarrollo se dirigieron al objeto original, o sea hacia la madre.

Imágenes obsesivas. Éstas pueden variar en una forma notable. Frecuentemente el enfermo obsesivo tiene que prestar atención a todas las impresiones que capta a través de los sentidos. Por ejemplo: toda placa en la calle tiene que ser leída o bien, cuanto objeto se encuentra en un escaparate debe ser mirado con detención y el paciente debe volver sobre sus pasos, cuando nota que ha omitido alguno de ellos. Las personas que encuentra en el trabajo tienen que ser fijadas en la memoria de acuerdo con: su rostro, corbata, vestido, etcétera.

La anulación. Consiste en un mecanismo de defensa a través del cual se cancela un acto agresivo poniendo en práctica lo contrario. Podemos afirmar que en lo profundo tanto en lo consciente como en lo inconsciente, ambas acciones han tenido lugar. Este artificio de la mente se deriva de la *folie de doute*, descrita por los psiquiatras franceses en el siglo XIX. Algunas muestras serían: se tiene la incertidumbre de no haber cerrado la puerta de la casa, o la llave del gas, o bien no se sabe si una cerilla echada al azar ha seguido ardiendo. Los pacientes no están seguros si han colocado la carta en el buzón, etcétera.

De lo anterior puede derivarse una fobia de función, pues para los obsesivos el temor de perjudicar a un tercero acaba por condenarlos. Citaremos como modelos, los médicos que abrigan la duda de si se habrán equivocado en la receta y dejan de trabajar. El barbero teme herir al parroquiano con la navaja. La secretaria que al escribir algo en taquigrafía desconfía de haberse equivocado y renuncia a su trabajo, etcétera.

Asimismo, podemos afirmar que la actividad profesional resulta improductiva, debido a que el enfermo no puede terminar lo que inicia por su exceso de perfeccionismo.

En las sesiones analíticas la anulación se observa en el vocabulario y en la necesidad de que no haya errores. El paciente teme constantemente cometer un desacierto o que el terapeuta lo haga. De ahí que se preocupe más por la sutileza del intercambio comunicativo que por los verdaderos resultados de su tratamiento.

La formación reactiva. Consiste en esencia en que un impulso inaceptable es dominado a través de la exageración o hipertrofia de la tendencia opuesta. Se puede observar en las ideas y actos de contraste. Por ejemplo: el individuo obsesivo que es religioso se representa en la iglesia a la virgen desnuda. Designa con nombres burlones a los santos o a Jesucristo.

Las ideas de contraste surgen de la defensa. Bajo este aspecto son típicos los casos en los que una esposa al despedir a su marido piensa contra su voluntad: "Si te ocurriese una desgracia", o bien, otra medita de su hermana: "Si te rompieses la nuca". También es conocido el impulso que algunas personas sienten de silbar o gritar cuando no deben (estando en una iglesia, concierto o ceremonia oficial).

CASO CLÍNICO

F. es un hombre de corta estatura, vigoroso, con amplitud de tórax, abdomen esferoidal saliente. Cuello corto pronunciado en la nuca y encajado entre los hombros. La cara es redonda de color blanco rubicundo, cubierta con barba rasurada. La frente es amplia y los carrillos colgantes y flácidos. La calvicie ha asomado, aunque la disimula con parte del cabello canoso que le resta. Los ojos de color azulado están algo hundidos en los párpados. Viste sin lujo, pero con decencia y propiedad. En el fondo promueve respeto y hace voluntaria imposición.

F. cuenta en la actualidad con 48 años de edad. Nació en una población europea, de familia judía con buena posición económica que tuvo que emigrar debido al nazismo en el año de 1938, para refugiarse en Sudamérica.

El padre tenía cerca de 40 años cuando F. nació. Era contador y había

alcanzado fortuna, por medio de un almacén en el cual había implantado un sistema de administración original. Era un hombre meticulado, inteligente y de cierta cultura que gustaba de la música clásica. Es descrito como un tanto alejado afectivamente de las personas que le rodeaban. Desde que abandonó Europa dejó de trabajar, pues invirtió dinero en el negocio de un hermano que vivía en Sudamérica. Permanecía en su casa leyendo y puntualmente daba una vuelta por el parque cercano a la casa en que vivían. A la edad de 62 años sufrió un infarto del miocardio y murió pocos días después. F. guarda escasos recuerdos de él. Le hacía pocos cariños y su preocupación era que las tareas escolares de mi paciente estuvieran perfectamente hechas. Rara vez jugaba con sus hijos.

La madre era un año menor que el padre, su carácter duro, áspero, exagerada y dominante. Siempre preocupada porque su hijo se alimentara bien, casi no le permitía salir a la calle y por lo tanto, F. fue un niño miedoso y cobarde con poco contacto con los compañeros. Nunca practicó ningún deporte, ni hasta la fecha le ha interesado alguno. La madre murió tres años después que el padre, cuando el paciente contaba con 24 años de edad.

Existe una hermana cuatro años mayor que F., la cual es descrita como una caricatura de la madre, egoísta y demandante. Ella tomó el mando de la casa al morir los padres y cuando se casó, el enfermo fue por algunos años como un hijo de ellos. La hermana y su marido iniciaron un negocio que ha sufrido oscilaciones económicas.

Escasos son los recuerdos que el paciente guarda de su vida en Europa, aunque salió de allí cuando contaba con 14 años (aislamiento de memorias). En la escuela existía antisemitismo por parte de los compañeros e incluso de algunos profesores. Se le calificaba más bajo que a otros niños con menores aptitudes. Su padre fue uno de los últimos en abandonar el país.

Desde la infancia temprana presentaba reflexiones antirreligiosas que lo alteraban profundamente. También relata que tenía ideas o pensamientos agresivos contra los pocos amigos que poseía, pero que en el fondo iban dirigidos a los padres. Estaba siempre preocupado por enfermedades que podrían iniciarse en él o en sus progenitores. Durante la adolescencia comenzó a lavarse las manos excesivamente y esta compulsión continúa hasta nuestros días. Había escrito una larga lista que llevaba siempre consigo, acerca de las cosas que no debería hacer.

De la historia sexual es importante hacer notar que el paciente casi nunca se ha masturbado. Cuando toca su pene siente miedo y lo primero que hace es lavarse las manos. A la edad de 21 años tuvo lugar la primera experiencia sexual y ésta fue llevada a cabo en medio de un cierto ritual,

pues al volver de ella hubo una especie de celebración, dado que ya podía considerarse hombre.

F. fue un estudiante excelente y merced a ello obtuvo varias becas en el extranjero y a su regreso al país de origen comenzó a trabajar en organizaciones gubernamentales. Al mismo tiempo fue nombrado profesor de la Universidad. Llevaba una forma monótona de existencia. Siendo un hombre tímido y peculiar casi no tenía amigos y dedicaba cientos de horas a la lectura solitaria. Los días festivos comía con su hermana y su cuñado. De vez en cuando buscaba una prostituta que lo dejaba insatisfecho.

A sugerencia de un amigo comenzó un análisis y permaneció en él por tres años. Las sesiones se le volvieron rutinarias y decidió abandonarlo. Poco tiempo después entró en tratamiento con un terapeuta que practicaba sesiones con LSD. En lo profundo guarda mal recuerdo de este tipo de terapia.

A la edad de casi 46 años, F. se casa con su actual esposa. Su matrimonio fue satisfactorio en un principio, pero su meticulosidad y detallismo provocan problemas de irritación por parte de la esposa. Nunca se muestra satisfecho con nada, por lo que inició un nuevo análisis recientemente a su llegada a este país.

En general, F. es un hombre que difícilmente puede ser tratado. Sus mecanismos obsesivos son casi imposibles de romper y en raras ocasiones permite que el terapeuta goce de su trabajo, pues no sólo permanece aislado de la sesión, sino también del terapeuta. Por ejemplo: siempre me compara con el último psicoanalista que lo asistió, diciendo que mi interpretación nunca hubiera sido hecha por aquél, o bien, cuando algún señalamiento no le gusta, afirma que no está seguro de permanecer conmigo, porque no ve claro los resultados que estamos obteniendo. No obstante, en cuanto se le indica que no es prisionero mío, inmediatamente rectifica y me asegura que debe probar otros seis meses y que lo mismo sucedió con su anterior analista.

Resulta también notable la forma en que este paciente se aísla de la sesión terapéutica. Habla de una manera desligada y me introduce poco en su vida. Reduce lo más que puede las situaciones a los eventos actuales.

Además resulta notable el número de trampas en que este paciente coloca a los psicoanalistas. En ocasiones trae un personaje completamente nuevo, para ver si lo estoy escuchando con detención y si por casualidad le pregunto de quién se trata, entonces afirma haber hablado de él con anterioridad. Otras veces aporta algún sueño, que por cierto escasean bastante, y cuando parece que voy deduciendo su origen, entonces me brinda elementos claves que había mantenido ocultos, para darse cuenta si yo

era capaz de interpretarlo sin ellos. Parecería como el niño que defeca por partes en presencia de la madre con objeto de complacerla, pero que retiene una parte de las heces.

Otra actitud obsesiva en él, es la manía interrogatoria. Siempre se está preguntando por las cosas y su origen. Sus personajes favoritos provienen de Kafka. Resulta interesante señalar que también en su gran cultura tienen trascendencia los filósofos alemanes del siglo XIX.

En el área de trabajo F. es un hombre de importancia, pero la existencia de este campo libre de conflicto, se muestra oscurecida por su actitud quisquillosa y detallista. F. dedica un buen número de horas a situaciones de duda acerca de los que le rodean y en ocasiones un incidente menor, que para cualquiera resultaría insignificante, se vuelve para él intolerable.

Resumiendo el caso podríamos decir que los padres de F. fueron inefectivos y oscuros. No se permite al niño jugar, sino que se le obliga a estudiar todo el tiempo. La calle se convierte en un lugar peligroso que debe ser evitado. Resulta seguro que el entrenamiento de esfínteres tiene que haber sido verificado lo más tempranamente posible y de allí surgen las defensas *yoicas* que han estabilizado su vida, pero al mismo tiempo lo han privado de la fuerza instintiva necesaria, es decir: el aislamiento del afecto, la anulación y la formación reactiva.

Por otra parte la muerte de los padres y el dominio de la hermana y ahora de la esposa han impedido que F. salga de la soledad. El sexo sigue permaneciendo como algo prohibido y que produce poca satisfacción.

BIBLIOGRAFÍA

- ABRAHAM, K. *Contributions to the Theory of the Anal Character*, en *Selected Papers on Psychoanalysis*. Basic Books. New York, 1921.
- BUMKE, O. *Tratado de las enfermedades mentales*. F. Seix. Barcelona, 1927.
- Congreso de Amsterdam, 25-30 julio 1965. Publicado en *The Inter. J. Psychoanal.* Vol. 47:116-217.
- FERENCZI, S. *The Ontogenesis of the Interest in Money*, en *Selected Papers*. Basic Books. Vol. I. 1913.
- FREUD, S. *Character and Anal Erotism*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. IX. London, 1908.
- FREUD, S. *Notes upon a Case of Obsessional Neurosis*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. X. London, 1909.
- FREUD, S. *New Introductory Lectures*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. XXII. London, 1933.

- HAUPTMANN, A. *Estados obsesivos*, en *Tratado de enfermedades del Sistema Nervioso*. Ed. Crushman-Kramer. Labor. Barcelona, 1932.
- HEIMAN, P. *Notes on the Anal Stage*. Inter. J. Psychoanal. 43:407-414. 1962.
- HUSHKA, M. *The Child response to Coercive Bowel Training*. Psychosom. Med. 4:301-328. 1942.
- JANET, P. *Obsessions et Psychasténies*. París, 1908.
- JONES, E. *Anal Erotic Traits*. Papers on Psychoanalysis. Bailliere Tindall and Cox. London, 1918.
- LIBERMAN, D. *La comunicación en terapéutica Psicoanalítica*. Eudeba. Buenos Aires, 1962.
- MAYER GROSS, W., SLATER, E. y ROTH, M. *Clinical Psychiatry*. Casell. London, 1954.
- RUESCH, J. *Disturbed Communication*. Norton. New York, 1957.
- TARACHOW, S. *An Introduction to Psychotherapy*. International Universities Press. New York, 1963.
- WESTPHAL, K. (1877). *Obsessions*, en *The Development of Traditional Psychopathology*, en Altschule, M. Halsted Press Book. 1974.

CAPÍTULO IX

EFFECTO DE LA CULTURA Y DEL TIEMPO EN LOS DESÓRDENES MENTALES

Stanley Cobb (1943) insistía en que únicamente existe una enfermedad mental con diferentes variaciones. He afirmado a lo largo de este libro que las neurosis de carácter propiamente dichas son dos: la histeria y la obsesivo-compulsiva. Las psicosis serán las esquizofrenias que incluyen a la paranoia y la manía. Quedando esta última descartada si aceptamos la forma esquizo-afectiva de demencia precoz. La otra categoría de psicosis la constituyen las depresiones severas, que pueden provocar un desenlace funesto a través del suicidio. Los cuadros con preponderancia de: angustia, fobias y depresiones leves, serán simplemente síntomas que se encuentran enmarcados dentro de las neurosis caracterológicas o bien que están provocando una distorsión en una psicosis profunda.

En el presente capítulo me propongo determinar la forma en que la cultura influye en la Psicopatología, la conducta y aun los síntomas. Esto nos proporcionará la oportunidad de examinar alteraciones mentales que fueron consideradas existentes en alguna época aunque carecieron de elementos sobresalientes para permanecer en la nomenclatura actual.

Es bien conocido el hecho de que las neurosis y psicosis varían en su contenido manifiesto de un pueblo a otro. Los factores que determinan esta situación pueden ser: las diferencias que se establecen en las relaciones familiares, los modelos de vida y aun las tradiciones que se observan en los distintos países. Es por ello, que los psiquiatras han prestado atención a las enfermedades mentales en las diversas comunidades, desde hace algún tiempo.

Kraepelin (1904) notaba que en la isla de Java la melancolía y la manía resultaban bastante raras y que las reacciones depresivas carecían de los elementos de culpa. Bleuler (1911) hacía comentarios acerca de las diferentes maneras como la esquizofrenia se manifiesta entre los irlandeses y los ingleses.

En la segunda década de este siglo autores distintos comenzaron a describir los síndromes de alteración mental que se observaban en los pueblos remotos. El amok y el latah en Malaya y el koro en China. Carother inició sus estudios sobre la mentalidad africana desde el punto de vista de la Etnopsiquiatría a partir de 1953. Con este autor se han colocado las bases, para que otros hayan continuado las investigaciones y establecer las diferencias en el contenido de los delirios o la incidencia de las depresiones entre un pueblo y otro.

Sin embargo, las dificultades encontradas para mostrarnos las disparidades siguen siendo objeto de conflicto, debido a la complejidad que se presenta para delimitar el concepto de normalidad y anormalidad. En todas las civilizaciones existe, pero difiere en una forma notable de una a otra.

En la mayoría de los países occidentales el suicidio es considerado un signo de severo desorden emocional. No obstante, en el Japón es visto de una forma saludable el sacrificio de un samurai, ante determinadas circunstancias. Hendin (1964) ha demostrado cómo la actitud hacia la persona que se quita la propia vida, difiere entre los daneses de la que se observa en otros países. Para el habitante de esa región de Europa, el suicida es una persona que ha realizado un acto que todos llevamos dentro y que se atreve a verificar. Por lo tanto, en lugar de inculparlo o causarle vergüenza, las personas que rodean a quien lo intentó, la aceptan con tranquilidad. El paciente danés puede expresar culpa por no haber completado la ejecución de su acto, mas no por haberlo emprendido.

Entre los habitantes de las islas Dobu (Melanesia) no se considera mentalmente sana a una mujer que abandona la olla con la comida, debido a que es su responsabilidad permanecer a la expectativa de que alguien envenene los alimentos. Para determinados grupos de esquimales es normal prestar a la mujer y es mal visto la no aceptación de ésta. También se ha observado que si un hijo es asesinado el homicida debe quedar en la casa en lugar del vástago. Entre los navajos un hombre puede casarse con una viuda que tenga una hija y con el tiempo, abandonar a la primera y casarse con la segunda.

Los ejemplos anteriores nos muestran cómo un estudio de la cultura, nos puede revelar el sistema de creencias que allí predominan y por ello el diagnóstico de enfermedad mental debe eliminarse.

Los desórdenes psiquiátricos varían en las diferentes áreas del mundo y podemos observar cómo ciertos síndromes aparecen y desaparecen en el curso de la historia. Chodoff (1954) ha advertido una reducción del interés en la conversión desde hace cincuenta años y afirma: "Esto es en parte debido a una actual disminución en la ocurrencia de la enferme-

dad, debido a cambios en el clima cultural, a una mayor instrucción de las mujeres, un incremento de la sofisticación, una estructura social menos autoritaria, así como una menor inhibición sexual."

Sin embargo, podemos señalar que los desórdenes conversivos siguen siendo observados en las sociedades menos avanzadas. En la India, las convulsiones, parálisis, ceguera, pueden ser vistas con diagnóstico de histeria entre las clases pobres. El sistema familiar y la falta de emancipación de la mujer contribuye a este tipo de patología.

Un dato interesante desde el punto de vista histórico es el estudio de las epidemias colectivas que ocurrieron en casi toda Europa desde el siglo xi hasta el xvii. Aunque muchos autores creen que se trató de histerias masivas, las opiniones han variado y algunos psiquiatras insisten en el aspecto psicótico de la enfermedad. No obstante, habría que tomar en cuenta la ignorancia, superstición y ofuscamiento religioso en que se vivía durante la época.

Un ejemplo de reacción colectiva y la forma como una enfermedad mental se propaga a través de una población nos es relatado por dos médicos italianos, Ferdinandus y Baglivi, quienes contemplaron la manía de la danza, episodio que sucedió en Apulia en el siglo xiii. El relato que nos hacen los autores es el siguiente: "La alteración ocurrió en el calor del verano durante los meses de julio y agosto. La gente dormida o despierta súbitamente saltaba sintiendo un dolor, como el provocado por la picadura de una abeja. Algunos de los pobladores dijeron haber visto una araña, otros no; pero todos hablaban acerca de una tarántula. Los habitantes corrían fuera de sus casas a la calle hacia el mercado o se dirigían a la plaza principal, bailando en medio de gran agitación. Pronto se reunían otros que aseguraban haber recibido el veneno o que fueron picados el año anterior. También se hablaba de que algunas personas sufrieron relapsos durante 30 años, que se reactivaban por efectos de la alta temperatura.

"Los grupos continuaban bailando vestidos en sus trajes más lujosos y ornamentados. Casi todos ellos eran de colores, debido a que no podían soportar los oscuros. Otros sujetos destruían sus ropas y se mostraban desnudos, perdiendo toda sensación de modestia. Ciertos individuos desenvainaban sus sables y actuaban como esgrimistas, otros utilizaban látigos para golpearse a sí mismos o a los demás. Las mujeres demandaban espejos y se colocaban en posturas obscenas e indecentes. Determinados sujetos se arrastraban por el lodo o saltaban sin cesar. Todos ingerían vino en grandes cantidades mientras bailaban y efectuaban cantos. Parecía como si las melodías y danzas fueran los únicos remedios efectivos y numerosas personas murieron a causa de no haber encontrado la música indicada."

Ferdinandus y Baglivi no creyeron en la teoría de la picadura de la araña, sino que pensaron que se trataba de una forma de enfermedad mental. Sin embargo, la manía de la danza se diseminó en toda Europa durante varios siglos y súbitamente desapareció para siempre.

En los tiempos modernos solamente se recuerda un episodio de pánico colectivo, cuando Orson Welles en 1939 anunció por la radio una invasión de los marcianos. Otro cuadro de histeria de grupo ocurrió en la pequeña población de Mattoon, Ill., cuando se dijo que un hombre estaba esparciendo un veneno paralizante en los dormitorios de las mujeres. Los ataques fueron reportados por damas que se hallaban solitarias.

El punto de vista de que la cultura influye en la estructura de las enfermedades mentales ha ido ganando adeptos. Desde 1937, Laubscher observó que los síntomas esquizofrénicos entre los africanos que habitan en Queensland incluían: alucinaciones visuales y auditivas de contenido mágico, ideas de grandeza (ser el líder o el brujo de la comunidad), representaciones persecutorias con temor a ser envenenado o embrujado. En los europeos las ideas delirantes incluían: pensamientos acerca de instrumentos que influyen a través de la distancia (la electricidad, la telepatía o el hipnotismo). Las alucinaciones pueden contener aspectos religiosos más complicados.

Carother (1961) observó que la cultura africana está caracterizada por la creencia en las fuerzas sobrenaturales y un exceso de convicción en los símbolos mágicos. Es por ello, que los límites del yo se pierden muy fácilmente y surgen procesos mentales sumamente arcaicos. Los africanos tienen una tendencia a visualizar los sueños como si fueran realidades objetivas, hacen un uso rudimentario de los símbolos y poseen fuertes creencias religiosas.

Lógicamente podríamos pensar que estas características surgen como resultado de fijaciones a un nivel oral temprano del desarrollo. Es por ello, que los cuadros predominantes son las alteraciones histeriformes y las diferentes formas de esquizofrenia. Son más difíciles de localizar las neurosis obsesivo-compulsivas.

Resulta importante señalar aquí que aun en pueblos de origen europeo y geográficamente colocados en un solo centro urbano, se pueden encontrar diferencias notables en las formas evolutivas de una misma enfermedad mental. Oppler (1957) ha demostrado las variaciones que se hallaron en 60 esquizofrénicos de la forma paranoide, internados en un hospital de Nueva York. Treinta de ellos eran de familias italianas y la otra mitad de origen irlandés. Los primeros eran mucho más hostiles hacia las figuras masculinas, presentaban sus aspectos homosexuales con mayor facilidad y se mostraban impulsivos y excitables. Sus afectos cambiaban fácilmente de la elación a la depresión.

Los pacientes que provenían de familias irlandesas exhibían fuertes temores hacia la figura femenina y manifestaban intensos sentimientos de culpa. Era más difícil explorar en ellos el conflicto homosexual y titubeaban con respecto a su potencia sexual. Oppler relaciona los resultados de su investigación con los esquemas familiares en que viven los dos grupos étnicos, aunque habiten en la misma ciudad.

A continuación me ocuparé de los desórdenes que fueron populares en una época, aunque perdieron fuerza para permanecer en la Psiquiatría actual. Las razones para que esto haya sucedido fueron el paso del tiempo que hizo los términos obsoletos o lo extraordinario de su aparición que provocó una escasez en la repetición de los casos. Tal vez valdría la pena agregar aquí, que la mayoría de los descubridores quisieron dejar sus nombres asociados con algunos de los síndromes que describían. Sin embargo, la realidad histórica hizo que la falta misma de consistencia en sus hallazgos produzca su extinción paulatina. Los primeros cuadros poco usuales pertenecen al hemisferio occidental y los últimos únicamente han sido observados en el Oriente.

LA NEURASTENIA

Literalmente la palabra significa debilidad nerviosa. La idea de la existencia de este síndrome, se originó con la descripción que realizara el psiquiatra norteamericano George Beard en el año de 1869. Este autor pensaba que los síntomas provenían principalmente del agotamiento, debido al exceso de trabajo. A partir de ese momento la neurastenia se hizo popular en el vocabulario médico, es decir, el nombre; puesto que el concepto permanecía siendo oscuro. Su vaguedad hace que resulte inexplicable su adopción por la mayoría de los psiquiatras como Hecker (1893) y Lowenfeld (1894) y aun que haya estimulado artículos por autores de la talla de Pierre Janet o Sigmund Freud. Los síntomas que este último describía en la enfermedad eran: fatiga, debilidad del cuerpo, dificultad para concentrarse y alteraciones digestivas. Freud insinuaba que la etiología parte del exceso de masturbación, incluyó a las neurastenias dentro de las neurosis actuales.

La popularidad del término tal vez se debía a su sonoridad y por ello el psiquiatra francés Pierre Janet intentó hacer más conocido uno de su propio cuño: la psicastenia. En realidad, se puede afirmar que la mayoría de sus afirmaciones estaban lejos de ser profundas y nos parecen, hoy en día, incluso triviales.

El adjetivo neurasténico es desgraciadamente todavía utilizado para designar a aquellas personas que se fatigan fácilmente, sin embargo, la

Asociación Psiquiátrica Americana decidió no incluir la enfermedad en su clasificación a partir del año 1952.

LA HIPOCONDRIA

El término simplemente se refiere a una de las partes en que anatómicamente se divide el abdomen para su estudio. Desde el punto de vista médico se ha aplicado la denominación de hipocondriacos a aquellas personas que presentan excesivo interés en su estado de salud, lo cual se acompaña de vagas sensaciones corporales, sin que ninguna patología orgánica pueda ser encontrada.

Las quejas del paciente pueden ser enfocadas hacia alteraciones físicas o emocionales, aunque en general las primeras predominan. La mayoría de los hipocondriacos acusan dolores en diferentes órganos y aseguran presentar enfermedades incorregibles. Es decir, se dan cuenta de sensaciones corporales que la generalidad de las personas pasarían por alto. Están intensamente preocupados por las funciones diarias como la digestión y la forma de eliminar los productos alimenticios que se consumen.

En su libro de Psiquiatría de 1845, Griesinger se dio cuenta de que el problema debía ser más profundo de lo que se pensaba en su época y comparó la hipocondriasis con la *folie raisonnée melancolique* (la locura razonante de los melancólicos) para diferenciarla de la verdadera *folie raisonnée* (locura razonante) que se presenta en los estados afectivos.

Freud en su *Introducción al Narcisismo* (1914) pensó que el individuo hipocondriaco retiraba la libido del mundo externo para colocar las cargas dentro de su propio cuerpo y comparó la enfermedad con la persecución del paranoico. En otras palabras, este último acusa al mundo externo en su delirio, en tanto que el hipocondriaco achaca sus desgracias al mundo interno.

Aunque este tipo de reacción es neurótica por naturaleza, puede también pensarse en un cuadro más profundo. Sin embargo, hoy en día podemos mirar la alteración como un síntoma más.

REACCIÓN DISOCIATIVA

La disociación es un mecanismo de defensa a través del cual se guardan las actitudes conflictivas y los impulsos separados. La palabra fue utilizada por primera vez por Benjamín Rush en 1812, aunque algunas de sus ideas habían sido insinuadas por Philippe Pinel en su descripción de la demencia. La reacción disociativa, por otra parte, fue considerada como una forma de psiconeurosis en la cual una situación es

dividida o aislada de la mente consciente. Desde el punto de vista inconsciente, la alteración es un intento de: 1. Proteger al yo de impulsos y eventos amenazantes, y 2. Ganar expresión de deseos prohibidos sin sentir angustia o culpa. Las reacciones disociativas son variadas dentro de las histerias debido a que la dinámica de ambas es similar.

Existen cuatro formas en que se manifiesta esta alteración: a) las amnesias, b) fugas, c) la doble personalidad y d) el sonambulismo. En ciertas formas de amnesia el individuo se protege de experiencias desagradables a través del mecanismo inconsciente de la represión o del olvido. En los estados de fuga la persona obedece a su inconsciente, a través de la huida ante una situación peligrosa y posteriormente dice no recordar lo ocurrido, durante todo el episodio. En los casos de personalidad múltiple que en una época fueron tema socorrido del cinematógrafo, el paciente expresa sus sentimientos reprimidos a través de una nueva identidad. Durante el sonambulismo, los impulsos y sentimientos prohibidos son llevados a cabo en el sueño.

Todas estas reacciones son intentos inconscientes de resolver problemas con una mente dividida, que guarda las ideas y conflictos separados de los impulsos profundos. El cuadro resulta poco frecuente y los enfermos que pertenecen a él son caracteres histéricos.

EL SÍNDROME DE GANSER

Se trata de una reacción poco frecuente, en la cual un individuo da respuestas inapropiadas a preguntas que contestaría fácilmente en condiciones normales.

El síndrome fue descrito en 1898 por el psiquiatra alemán Sigbert Ganser y ocurre en prisioneros antes de ser sometidos a juicio o en pacientes que van a ser trasladados a instituciones psiquiátricas. Las respuestas que dan son absurdas y paralógicas. Si el interrogador realiza preguntas tontas, las contestaciones serán más tontas todavía.

Algunos investigadores como Weiner y Braiman (1955) después de examinar seis casos, han afirmado que la pérdida del razonamiento lógico es un intento de negar la historia de la vida y un rechazo del ser total. El reporte de los autores considera al síndrome de Ganser como una psicosis. Sin embargo, Bumke (1927), Henderson y Gillespie (1952), insisten en que es una neurosis con características histéricas. La conclusión que podemos establecer es que la singularidad de este síndrome nos hace considerarlo como una entidad anecdótica.

EL SÍNDROME DE CAPGRAS

En 1923 Capgras y Reboul Lachause describieron un fenómeno al que denominaron *L'illusion des sosies* (Ilusión de los dobles) y que consiste en una incapacidad en un paciente para registrar en su mente a individuos bien conocidos por él. Lo que hacía peculiar al individuo que padecía esta alteración era que aseguraba que la persona en cuestión era el doble de aquélla.

A partir de la publicación del primer caso comenzaron a registrarse algunos otros en la literatura. Davidson (1941) interpreta este síndrome como una forma de pensamiento mágico que persigue el propósito de rechazar a personas importantes en la vida del paciente. Arieti y Meth (1959) también lo consideran como una forma de resistencia, pero agregan que el doble sirve como punto central de los resentimientos en contra del sujeto cuya existencia es negada.

DELIRIO DE COTARD

El primer reporte sobre este trastorno fue presentado por el neurólogo francés Jules Cotard en 1880, bajo el título de *Delire de Negation* (Delirio de negación). Este desorden está caracterizado por una depresión ansiosa de carácter severo, tendencias suicidas y un delirio nihilista, a través del cual el paciente niega toda la realidad externa y aun su propia existencia.

Arieti y Meth (1974) lo describen de la siguiente forma: "Después de una gran angustia el enfermo, que es generalmente una mujer en la edad involutiva, niega la existencia de la realidad que la rodea. Nada existe, el mundo ha desaparecido. Luego de que la verdad cósmica es excluida, el paciente mismo es anulado. Al principio afirma que ha perdido todas las sensaciones dentro de su cuerpo y posteriormente asegura que ya no vive."

En los últimos años se ha observado que la experiencia nihilista es común en muchos casos de esquizofrenia en su forma paranoide, con lo cual queda descartada la posibilidad de que esta entidad permanezca separada.

LOS SÍNDROMES PSIQUIÁTRICOS EN LA CULTURA ORIENTAL

Aunque la Psicopatología es universal y las formas clínicas aparecen básicamente idénticas, puesto que los seres humanos únicamente pueden

mostrar fijaciones a diferentes etapas del desarrollo que son: oral, anal o fálica, es necesario considerar que determinados síndromes pueden darse exclusivamente en ciertas culturas. Es por ello que describiré a continuación algunas alteraciones mentales que se dan geográficamente.

LATAH

Este trastorno ha recibido diferentes denominaciones de acuerdo con los autores y regiones donde ha sido observado, pero el primer lugar donde fue descrito puede decirse que era en la península malaya.

La persona que sufre la enfermedad es generalmente una mujer de mediana edad que comienza a volverse temerosa y aislada. En un periodo del trastorno la enferma repite las palabras y frases de los demás y los imita por medio de la pantomima. A continuación se vuelve coprolática, aunque una parte observadora de la paciente se da cuenta de ello y se avergüenza. Sin embargo, el trastorno puede llevar a una desorganización total de la personalidad con episodios de extremada violencia.

Es probable que los síntomas descritos: ecolalia, ecopraxia y ecomimia tengan una representación importante en las culturas orientales. De otra manera el *latah* semeja a cualquier cuadro de confusión mental que precede a una esquizofrenia.

AMOK

Es una forma de agresión homicida observada en el Oriente que termina en agotamiento total y amnesia. Carother (1953) ha sugerido que la reacción pertenece a individuos psicopáticos.

De acuerdo con algunos autores que han observado casos, la personalidad pre-mórbida es impulsiva, hiperreactiva y aun esquizoide. Lo que podemos asegurar es que la represión de la hostilidad en el paciente ha fallado y el conflicto interno es resuelto matando a los individuos que se encuentran a su paso.

Los actos violentos observados en la cultura occidental semejan a este cuadro de nombre exótico y que sirvió a Stefan Zweig para escribir una novela.

KORO

El nombre chino para este padecimiento es *shook yong* y consiste en un delirio somático en el cual el pene se retraerá dentro del abdomen y causará en última instancia la muerte de la víctima. Se dice que uno de los emperadores chinos falleció por este trastorno.

Los síntomas surgen en hombres entre los treinta y cuarenta años de edad, que comienzan a preocuparse de que sus penes desaparecerán en el abdomen. Para que el accidente no suceda el enfermo toma firmemente sus genitales, cuando llega la fatiga, la esposa o los amigos pueden ayudarlo. Los chinos poseían broches de madera para detener la introducción del pene. A veces la práctica del felacio por la mujer del paciente logra detener la fobia.

Resulta seguro que el *koro* es debido a la angustia o culpa por los excesos sexuales. Los conceptos chinos acerca de las relaciones genitales presentan elementos orales que son claramente observables.

VOODOO O TANATOMANÍA

Entre el conjunto de supersticiones advertibles en los negros y criollos que habitan en las Antillas, así como los nativos de Oceanía está la muerte *voodoo*. El individuo fallece sin una causa orgánica cuando ha traspasado algún tabú o en el momento en que siente que ha sido embrujado. Walter Cannon (1957) pensó que la defunción ocurría por un exceso de actividad del sistema simpático que provoca vaso-constricción y altera el endotelio capilar de los vasos sanguíneos viscerales. El fisiólogo comparó la muerte de estos casos a la que sucede en el choque quirúrgico.

En realidad podría decirse que nadie ha validado las víctimas del *voodoo* y la mayoría de los observadores han buscado explicaciones naturales para solucionar estas situaciones.

Las variantes de este fenómeno son innumerables. Las maldiciones más comunes se realizan por medio de fetiches, muñecos a los que se aplican agujas, plumas, cuernos de animales, elementos vegetales, etcétera. La víctima es representada y el brujo improvisa la condena. Luego sigue el trance en el que se aguarda a que el prodigio tenga efecto.

Podría decirse que el *voodoo* puede ser interpretado por factores *super-yoicos* en el transgresor de las reglas de una sociedad primitiva. También se puede afirmar el poder de un grupo sobre un individuo que ha violado las leyes y por ello el estado mental lo lleva a la muerte.

Con la publicación de *Totem y Tabú* por Freud en 1913, surgía un campo de investigación sumamente interesante, que es el de la Etnopsiquiatría. Aunque esta ciencia se encuentra todavía en sus inicios, creo que a la larga permitirá avances para explicar cómo algunos aspectos culturales alteran el funcionamiento de la mente humana.

BIBLIOGRAFÍA

- ARIETI, S. y METH, J. *Rare, Unclassifiable, Collective and Exotic Psychotic Syndromes*, en *American Handbook of Psychiatry*. Ed. Arieti, S. Basic Books. Vol. 1. New York, 1959.
- ARIETI, S. y BEMPORAD, J. *Rare, Unclassifiable and Collective Psychiatric Syndromes*, en *American Handbook of Psychiatry*. Ed. Arieti, S. Basic Books. Vol. III. New York, 1974.
- BEARD, G. *American Nervousness, its Causes and Consequences*, en *The Development of Traditional Psychopathology*. Altschule, M. Halsted Press Book. 1976.
- BENEDICT, R. *Anthropology and the Abnormal*. J. Gen. Psychol. 10:59-70. 1934.
- BLEULER, E. *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias*. International Universities Press. New York, 1911.
- BUMKE, O. *Tratado de las enfermedades mentales*. F. Seix. Barcelona, 1927.
- CANNON, W. *Voodoo Death*. Psychosomat. Med. 19:182-190. 1957.
- CAROTHER, J. *The African Mind in Health and Disease, A Study in Ethnopsychiatry*. W.H.O. Genève, 1953.
- COBB, S. *Borderland of Psychiatry*. Harvard University Press. Cambridge, 1943.
- CHODOF, P. *A Reexamination of some Aspects of Conversion Hysteria*. Psychiat. 17:75-81. 1954.
- DAVIDSON, G. *The Syndrome of Capgras*. Psychiat. Quart. 15:513-522. 1941.
- FERDINANDUS y BAGLIVI, en *The Epidemiology of Mental Disease*. Gruenberg, E. Scientific American. March, 1954.
- FREUD, S. *On the Grounds of detaching a Particular Syndrome from Neurasthenia under the Description: Anxiety Neurosis*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. III. London, 1894.
- FREUD, S. *Totem and Taboo*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. XIII. London. 1913.
- FREUD, S. *On Narcissism: An Introduction*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. XIV. London, 1914.
- GRIESINGER, W. *Mental Pathology and Therapeutics*, en *The Development of Traditional Psychopathology*. Altschule, M. Halsted Press Book. 1976.
- HENDERSON, D. y GILLESPIE, R. *A Text-Book of Psychiatry*. Oxford University Press. 1956.
- HENDIN, H. *Suicide and Scandinavia*. Grune Stratton. 1964.
- KRAEPELIN, E. *Clinical Psychiatry*, en *The Development of Traditional Psychopathology*. Altschule, M. Halsted Press Book. 1976.
- KIEV, A. *Transcultural Psychiatry*. Penguin Book. London, 1972.
- LAMBO, T. *Role of Cultural Factors in Paranoid Psychosis among Goruba Tribe*. J. Ment. Scie. 101:239-260. 1955.

- LAUBSCHER, B. *Sex, Customs and Psychopathology*. Routledge Kegan Paul. London, 1937.
- MEAD, M. *Culture and Comitment*. Doubleday. New York, 1970.
- OPPLER, M. *Schizophrenia and Culture*. Scientific American. August, 1957.
- RUSH, B. *Medical Inquiries and Observations upon Diseases of the Mind*, en *The Development of Traditional Psychopathology*. Altschule, M. Halsted Press Book. 1976.
- WEINER, H. y BRAIMAN, T. *The Ganzer Syndrome: A Review and Addition of Some Unusual Cases*. Amer. Jour. Psychiat. 111:767-780. 1955.

CAPÍTULO X

GENERALIDADES ACERCA DE LAS PSICOSIS

En el capítulo V examinamos los dos breves trabajos que Freud escribió sobre las diferencias entre las neurosis y las psicosis. Podría decirse que las ideas allí expuestas habían surgido como resultado del descubrimiento de las estructuras de la mente. Sin embargo, el interés del psicoanalista en este tema parte de sus trabajos iniciales.

La primera contribución de Freud acerca del origen de una psicosis está señalada en su artículo de 1894 sobre *Las Neuropsicosis de Defensa*, cuando asegura que el yo ha rechazado una representación que le resulta intolerable, por medio de una huida. Más adelante agregaba: "La idea incompatible se encuentra conectada con una porción del mundo externo, de tal manera que al lograr este resultado el yo, esta estructura se ha separado también en parte de la realidad."

En *Nuevas aportaciones sobre las Neuropsicosis de defensa* de 1896, Freud analiza el cuadro clínico de una mujer que indudablemente sufre una esquizofrenia de la forma paranoide y aquí asegura que las alucinaciones de la enferma son una fracción del contenido reprimido derivado de sus experiencias infantiles. Las ideas delirantes se originan de los reproches traumáticos sufridos durante la niñez.

En el año 1911, Freud comienza a interesarse por el caso del doctor Schreber quien había publicado sus memorias en 1905 y fue objeto de estudio y debate dentro de los círculos psiquiátricos de Viena. El paciente aseguraba que tenía la misión de redimir al mundo, pero que para que pudiera llevar a cabo su cometido, tendría que ser transformado de hombre en mujer. Freud infirió que la fantasía de ser emasculado era de naturaleza primaria e independiente del motivo redentor. El doctor Schreber pensaba que existía una conspiración iniciada por su médico Flechsig a través de la cual perdería su alma y su estructura sexual. El psiquiatra conflagrado en su contra abusaría de él.

Según el descubridor del Psicoanálisis la aparición del componente

femenino en Schreber era resultado de un deseo fantaseado que partía de una relación pasiva con el padre, que había sido trasladado a la situación homosexual con su terapeuta el doctor Flechsig. Fue en esta circunstancia que Freud descubrió el proceso de la proyección. Es decir, que la negación del impulso homosexual condicionaba el delirio de que el paciente era odiado y sus propios deseos eran trasladados a los demás.

Como conclusión acerca de las psicosis, Freud afirma que los paranoicos están fijados en un estado de narcisismo, es decir, que se han alterado las relaciones de objeto, de tal forma que se aíslan del medio que les rodea y rompen con la realidad.

Es en 1914 cuando Freud intenta explicar la Psicopatología de las psicosis, valiéndose de un factor cuantitativo económico. Éste se basa en la distribución de la energía libidinosa. El elemento preponderante es el aislamiento de las cargas en una forma total. Para explicarse que ha sido de ellas al ser retiradas, el psicoanalista fijó su atención en la megalomanía y en la hipocondriasis. La energía sexual que ha sido retraída de los objetos se reinvierte en el *yo* y da lugar a lo que Freud denominó narcisismo.

El retroceso de las cargas de las representaciones de objeto caracteriza a ambos padecimientos, las neurosis y las psicosis, pero en el caso de estos últimos la represión es más profunda; pues no sólo previene a las ideas y memorias de alcanzar la consciencia, sino que resulta en un cambio de las mismas representaciones. Fue en este trabajo cuando Freud por primera vez utilizó la designación de psiconeurosis narcisistas para las esquizofrenias.

Con la publicación de *El yo y el ello* en 1923, la mente quedaba dividida en tres partes. El *ello* era el depósito de los impulsos instintivos. El *yo* mediaba entre éstos y el mundo externo y contenía además las fuerzas anti-instintivas que eran inconscientes. La tercera estructura es el *superyo* que consistiría en la parte moral de las funciones del *yo*.

Poseyendo esta fórmula, Freud pudo establecer que las neurosis eran el resultado de un conflicto entre el *yo* y el *ello*. En cambio las psicosis planteaban un problema de la relación entre el *yo* y la realidad externa. El psicoanalista agregaba que en las neurosis el *yo* mantiene su contacto con la realidad a costa de su relación con el *ello*. Por otra parte, en las psicosis el *yo* rechaza una parte del mundo externo obedeciendo a un mandato del *ello*.

En el *Esquema del Psicoanálisis* (1938) que fue la última publicación de Freud, éste hacía notar que una situación dolorosa intolerable o una acción excesivamente intensificada de los impulsos, puede precipitar una psicosis. En realidad, el problema resultaría simple e inteligible

si el aislamiento del yo de la realidad pudiera ser llevado a cabo en una forma total, pero tal cosa rara vez sucede; puesto que aun en el paciente con una confusión alucinatoria severa, se puede observar escondida una persona normal. A continuación Freud plantea la división mental del psicótico del cual una parte continúa conectada con la realidad, en tanto que la otra, bajo la influencia de los instintos se desliga del mundo externo. Es decir, Freud sugería un continuo entre lo normal y lo anormal.

En su monografía *Contribución a la Metapsicología de la esquizofrenia*, Heinz Hartman en 1953, hace énfasis en que si en la psicosis el yo se aísla de la realidad al servicio del *ello*, esto se debe a que de por sí, es una estructura perturbada, aunque se ignora el origen de su vulnerabilidad. Se podría decir que las contracargas del yo o las funciones de esta estructura que deberían guardar contacto con la realidad se han desarrollado de una manera incompleta.

En las esquizofrenias resulta claramente observable la falta de organización y estabilidad de las defensas. La mayor parte de estos mecanismos son sumamente primitivos y se vuelcan en contra de la integridad del yo. (Proyección, introyección, regresión, etcétera.)

La etiología de las psicosis puede describirse en las relaciones de objeto infantiles. Margaret Mahler ha advertido que en las enfermedades autistas de los niños, las madres aparecen sin cargas de energía psíquica. Por el contrario en los desórdenes de carácter simbiótico, la relación madre-hijo permanece en una dependencia emocional casi total, debido al exceso de catexis en la conexión establecida. Estos dos procesos en la infancia temprana son importantes para entender las disoluciones de la personalidad durante el desarrollo.

En el principio de la vida los objetos no son sino la prolongación de las actividades del niño (proceso mágico). Posteriormente se establece la distinción entre uno mismo y los objetos (etapa de formación de la realidad). Es así como el niño aprende a distinguir su actividad y el objeto hacia el cual está dirigida. A partir de este instante puede observarse cómo las cargas son conducidas a los objetos por parte del yo y por otra, aquellas que van encaminadas a las representaciones de éstos.

En los psicóticos existen alteraciones: perceptivas, de la atención, de la señal anticipatoria y de la orientación. Todos estos trastornos pueden estar asociados con formas de desorganización del pensamiento, como puede observarse en las dificultades para la abstracción (simbólico) o en la reflexión excesivamente concreta (abreviada). Una anomalía importante muestran los esquizofrénicos en relación con la función anticipatoria del yo, que es defectuosa para utilizarse como señal o anuncio de algún peligro.

El lenguaje de los esquizofrénicos se caracteriza porque las palabras son sometidas al proceso primario (tratadas como si fueran cosas). Se puede decir que mientras las ideas acerca de los objetos pierden sus cargas, las representaciones verbales preconscientes se vuelven hipercatectizadas. El lenguaje de la persona no psicótica generalmente expresa: 1. Algo de lo que habla como una emoción; 2. Provee señales para la comunicación, y 3. Representa hechos, o sea proposiciones. En el psicótico las dos últimas funciones están definitivamente alteradas. La palabra y el símbolo son tratados como si fueran idénticos. Se confunde al objeto y a lo que simboliza. Los esquizofrénicos se encuentran siempre buscando una nueva connotación a las palabras o bien las percepciones banales adquieren una portentosa significación.

Por supuesto que podemos afirmar que no todas las funciones del *yo* a las que nos hemos referido han quedado interferidas en cada caso de la enfermedad. Uno espera encontrar aspectos específicos de las funciones *yoicas* que han sido preservados (son resistentes a la regresión, sexualización y cargas agresivas).

Hartman insiste en que a pesar de su interés en la Psicología del *yo*, esto no quiere decir que abandone el problema instintivo en las psicosis. El autor discute asimismo, la liga entre los impulsos y el *yo* en las esquizofrenias, cuando afirma que éste trata de escapar de lo preedípico, edípico, bisexual o agresivo, durante el proceso.

En relación con la energía mental, dos distinciones deben ser establecidas. Por una parte tenemos las cargas libidinal y agresiva y por otra la transformación que el *yo* lleva a cabo a través de la neutralización de la actividad energética. Esta idea surge de uno de los últimos trabajos de Freud, en el cual afirmaba que el *yo* puede trabajar con una forma modificada de cargas que parten de la desexualización o sublimación de la libido. Se podría incluso pensar y valga la expresión en una desagresivización de la agresión. La pérdida de la realidad en el psicótico está conectada con un aislamiento narcisista y un proceso a través del cual el *yo* es inundado con libido no neutralizada. Es por ello que observamos la vulnerabilidad de éste, en el esquizofrénico ante la menor frustración o los ataques y pérdidas narcisistas.

La incapacidad de los psicóticos para neutralizar la agresión y la sexualidad con contracargas es la razón principal para que no encuentren defensas con las cuales trabajar.

Resulta seguro que la alteración de las relaciones de objeto sea el agente predisponente en el desarrollo de una esquizofrenia. Esto debe ser considerado desde el punto de vista de la agresión y la libido, así como de las mutuas influencias entre el *yo* y el *ello*. En los psicóticos encon-

tramos una falta de diferenciación entre estas dos estructuras y también una separación del concepto de uno mismo y los objetos.

Arlow y Brenner (1964) afirman que la teoría estructural permite un mejor entendimiento de los conflictos intrapsíquicos, dado que por una parte introduce la consciencia moral a través del *superyo* y por la otra afirma que las defensas son generalmente inconscientes.

Basándose en estas ideas los psicoanalistas norteamericanos se han fijado en cómo los diferentes autores hicieron énfasis en los distintos aspectos de las psicosis. Kahlbaum en el fenómeno locomotor, Kraepelin en el curso progresivo de la enfermedad que terminaba en la demencia, Bleuler en los desórdenes del pensamiento y Freud en la relación del enfermo con las personas y objetos del mundo que lo rodea. Así observamos que los esquizofrénicos están poco interesados en los individuos de su ambiente y aparecen: solitarios, remotos, silenciosos y desligados; aun de las gentes que antes amaron. En algunos casos como en los paranoicos, la relación es hostil, llena de suspicacias, temores y violencia. Cuando es posible saber qué es lo que los psicóticos piensan, uno descubre que reflexionan acerca de que el mundo que los rodea ha cambiado o que va a ser destruido. Es indudable, que a este grupo de síntomas que nos son familiares, es a los que Freud puso mayor atención al establecer que el psicótico ha experimentado un rompimiento con la realidad. La proposición del psicoanalista vienés, era que existía unidad entre las neurosis y psicosis y que ambas podían ser estudiadas bajo el mismo esquema teórico.

No obstante, Arlow y Brenner proponen otros aspectos para fijar la diferencia psicopatológica entre estos dos trastornos: 1. En las psicosis el grado de regresión instintiva o de infantilismo es mayor. Los pacientes neuróticos no muestran el mismo punto de retroceso a un nivel temprano, pues los impulsos pierden su energía vital. Sin embargo, los autores hablan también de los componentes fálicos observables en ciertas psicosis. 2. Freud sugería una defusión de los instintos, lo cual explicaría que los impulsos agresivos en los psicóticos adquieran un papel fundamental en su Psicopatología, y 3. Los pacientes esquizofrénicos muestran una mayor alteración de las funciones del *yo* y del *superyo* que los neuróticos. Lo cual puede deberse a dos causas: al fenómeno regresivo o a defectos en el desarrollo. Esto es particularmente importante, ya que el retorno a etapas previas sirve como una defensa en contra de la emergencia de angustia intrapsíquica. Los psicóticos muestran habitualmente un menor grado de ansiedad.

LOS CASOS LÍMITE

Cuando Freud enfocó el problema de la diferencia entre las neurosis y las psicosis, no hizo sino dejar el campo abierto para la revisión y discusión del tema; dado que no existía un límite psicopatológico entre las entidades nosológicas que vemos comúnmente en la clínica. En cierta forma los padecimientos que habían sido clasificados por Emil Kraepelin quedaban ante la posibilidad de sufrir cambios a medida que lo normal y lo anormal pueden confundirse.

La nosología psicoanalítica imitando a la medicina tradicional, se aferró en un principio a las entidades fijas y separadas, sin darse cuenta de la indivisibilidad del ser humano desde el punto de vista psicológico. Es por ello importante citar aquí que Melanie Klein ha insistido en la presencia de dos psicosis básicas durante el primer año del desarrollo, que van repitiéndose a lo largo de nuestra historia. Leo Rangell (1955) ha puntualizado que debe de haber "un estado límite, si existen neurosis, psicosis y normalidad, puesto que siempre encontramos contigüidad en todas estas condiciones"; es decir, que siempre estamos observando en los pacientes ensanches en sus fronteras a lo largo de las etapas de fijación: oral, anal y fálica, en cualquiera de las direcciones que se tome. En el trabajo clínico estamos frecuentemente viendo las transiciones de los límites de lo normal a la formación de síntomas y en no muy raras ocasiones contemplamos el paso de un trastorno psicosomático hacia una neurosis. Una forma leve de alteración mental puede transformarse en una perversión severa. Podríamos concluir que esta serie de consideraciones hacen que el diagnóstico de los "casos límite" debe de permanecer en Psicoanálisis.

La primera alusión en la literatura sobre los "casos fronterizos" aparece en el libro de Bleuler (1908) sobre la demencia precoz, al hablar de ciertos cuadros de esquizofrenia latente que rara vez buscan tratamiento y en los cuales se observa toda la gama de alteraciones propias del padecimiento.

En la obra completa de Freud la palabra "caso fronterizo" es mencionada una sola vez en el prólogo al libro de Aichhorn *The Wayward Youth* (1924): "Para entender a los casos límites y mixtos, debe uno estar interesado en la rehabilitación de los delincuentes, a través de educadores que posean indoctrinación analítica."

El crédito por haber usado el concepto y su naturaleza dinámica debe otorgársele a A. Stern, quien en 1938 utilizó el término para designar a ciertos pacientes narcisistas que se muestran excesivamente hipersensibles a las interpretaciones y que desarrollan reacciones terapéuticas negativas.

Zilboorg en 1941, describió esquizofrenias leves a las que designó como ambulatorias, es decir, se refería a que los pacientes casi nunca eran hospitalizados. Sin embargo, el psicoanalista no parecía guardar una opinión pesimista en cuanto al pronóstico de estos casos, puesto que recomendaba terapias breves.

En el año 1949 Hoch y Polatin utilizaron la denominación de "pseudoneurosis esquizofrénica", para designar a un grupo de enfermos que presentaba síntomas neuróticos cambiantes (pan-neurosis) y una angustia permeable que se manifestaba continuamente (pan-angustia). La sexualidad caótica observada en estos pacientes, hizo pensar a los autores que existía una homosexualidad subyacente. No obstante, estos casos rara vez deterioraban en una esquizofrenia, a pesar de la labilidad de las defensas.

Knight (1953) fue el primero en dar importancia al aspecto del funcionamiento *yoico* y pensaba que la meta terapéutica era buscar un equilibrio entre los impulsos amenazadores y los controles por parte del *yo*.

Ralph Greenson (1955) ha realizado las observaciones clínicas esenciales en relación con los "casos límite". En estos pacientes observamos que macroscópicamente aparecen como si se conformaran ante lo convencional, pero en lo profundo son: excéntricos, extraños y caprichosos.

Al encontrarse en Psicoanálisis, colocados ante la libre asociación y los sueños, un número de situaciones poco estructuradas se ponen de manifiesto: 1. Erupciones del *ello*, con fallas en los mecanismos de defensa; 2. Inhabilidad para diferenciar los afectos, de los impulsos y de las sensaciones corporales; 3. Incapacidad para mantener el concepto de uno mismo; 4. Confusión del pasado con el presente y una gran facilidad para revivir las experiencias de entonces en la vida actual; 5. Imposibilidad para integrar y sintetizar, de tal manera, que reaccionan a una parte de un objeto o situación en lugar de a la totalidad del mismo; 6. Inhabilidad para posponer las descargas; 7. Movilidad de las cargas de una magnitud que provoca transferencias sumamente bizarras.

Es decir, que de acuerdo con Greenson la patología esencial en los "casos límite" se encuentra en que las funciones del *yo* se hallan en un nivel primitivo o intensamente regresivas. El proceso primario invade de una manera constante al secundario y existe una gran dificultad para separar al *yo* que juzga, de aquel que experimenta. Metapsicológicamente se observa un defecto del desarrollo de esta estructura que tiene como consecuencia una alteración de las relaciones tempranas de objeto y con ello las identificaciones precoces quedan profundamente afectadas.

En la maduración normal se presenta la fusión de los objetos buenos y malos, así como su introyección nos lleva a la ambivalencia. En los "casos límite", la falta de conciliación resulta en un estado confuso y la

fragmentación entre el ser y el no ser, con profundas dificultades para encarar la realidad.

Greenson cree que lo que ha llevado a los pacientes a esta situación, radica en los traumas tempranos o una sobrestimulación sexual durante el primer año de vida, con invasiones masivas del yo y una incapacidad para posponer la descarga. Desde el punto de vista de la energía libidínosa podría pensarse en un cuadro polimorfo-perverso, pues existe una alteración en la búsqueda del placer a expensas de las relaciones de objeto y una inhabilidad total para distinguir el verdadero orgasmo.

Según Melitta Schmideberg (1959) los "casos fronterizos" sufren de alteraciones que afectan casi todas las áreas de sus vidas. Particularmente sus relaciones de objeto que son superficiales y débiles, debido a la falta de sentimiento y consideración hacia los demás: "Casi siempre demuestran dificultades ante la realidad y la sociedad; volición y control; actividad y aptitud para el trabajo; capacidad para el goce y la búsqueda del placer en la vida sexual; la experiencia y control de las emociones en la fantasía y una falta de integración total en su personalidad."

La autora insiste en que muchos de ellos, debido a su incapacidad para experimentar afectos genuinos, se vuelven excesivamente emocionales o drogadictos. Cometan abusos o actúan situaciones sexuales excesivamente patológicas. En el área del trabajo, aunque numerosos "casos límite" son de inteligencia superior y aun alcanzan momentos brillantes, casi nunca pueden sostenerse en su esfuerzo, pues carecen del poder de concentración, la perseverancia y el deseo para producir de una forma consistente.

La mayoría de los "casos fronterizos" son fundamentalmente poco sociables o abiertamente antisociales, pues no pueden tolerar la continuidad emocional de las relaciones humanas. En lo profundo experimentan hostilidad y negativismo hacia los demás.

Sus alteraciones en el pensamiento no llaman demasiado la atención, pues son tan pronunciadas como en las psicosis; no obstante, se pueden encontrar defectos en áreas como el juicio, la memoria, la capacidad de observación y la empatía. El lenguaje de los "casos límite" es pobre debido al vacío interno que experimentan y la fragilidad defensiva. Los enfermos poseen fantasías peculiares que los asustan y obligan a fugarse de la realidad.

Boyer (1967) ha observado que estos pacientes también muestran dificultades con las leyes, dado que su yo está deficientemente estructurado. Es por ello que notamos con cierta frecuencia que pueden llegar a los crímenes más brutales. Meza (1970) ha señalado la importancia de la cólera en "los fronterizos".

Sobre la base de sus observaciones clínicas, Otto Kernberg (1966-1970)

ha escrito una serie de trabajos acerca de estos casos. El aspecto más sobresaliente que destaca el autor es la división de objeto, fenómeno que considera el mecanismo característico. Esta segmentación es resultado de las contradicciones que operan constantemente en el *yo*. Es decir, los enfermos intentan disfrazar sus impulsos oponiendo a ellos los sentimientos opuestos.

De acuerdo con Kernberg el mecanismo del aislamiento opera imperfectamente en los "casos fronterizos", de tal manera que existe inmediatamente una actitud consciente simultánea en contra del impulso y es por ello que el paciente cambia la representación en un afecto o una disposición de conducta diferente de la que había partido de su inconsciente. Cuando pensamos en el mecanismo de la negación, entendemos que es una tendencia para eliminar de la consciencia una parte de la realidad externa. En los "casos límite" como contraste existen "negaciones mutuas de partes independientes de la vida psíquica, o estados alternativos del *yo*".

Se podría decir que la integración de las percepciones no ha tenido lugar, debido a un aspecto excesivamente regresivo a la etapa en que el *yo* y el *ello* no estaban aún diferenciados (Hartman). Tal vez existía un defecto constitucional que unido a las frustraciones crean dolorosas relaciones de objeto tempranas.

El concepto de "caso límite" está justificado y debe permanecer en la literatura psicoanalítica, pues como dice Jan Franck: "Las personas están hambrientas de afecto, de amor, se sienten vacías y están buscando excitación. En ellas la función sintética del *yo* ha sido rota."

CREATIVIDAD Y ENFERMEDAD MENTAL

Un desorden de la razón puede ser la fuente de experiencias nuevas que estimulan a un genio. Los delirios, alucinaciones y fantasías son estímulos evidentes como se observa en las pinturas de Hieronymus Bosch o de Peter Brueghel. Las ideas que están escritas en *Los disparates* de Goya, no tienen nada que ver con lo que se expresa en los dibujos y, sin embargo, todos estos autores obtuvieron material en imágenes inconscientes que organizadas constituyen pinturas trascendentales.

Es por ello que aquí nos enfrentamos con el problema de la relación entre el acto creativo y la enfermedad psíquica. Hasta donde se sabe, la mayoría de los escritos y pinturas coleccionadas por psiquiatras y psicoanalistas de sus pacientes, permanecen en el olvido sin haber dejado huella alguna. Es decir, el creador no debe la inspiración o la técnica que emplea para producir una obra a su alteración mental.

Freud pensó que la creatividad era una parte del funcionamiento psíquico relacionada cercanamente con la formación de los sueños. El proceso primario ha sido utilizado en un momento oportuno para la expresión de un resultado productivo. Tal vez habría que añadir aquí, que este mundo interno es organizado a través del *yo* y de una defensa esencial llamada: sublimación. Los impulsos sexuales son expresados por medio de una forma no instintiva de la conducta. Este proceso en sí envuelve: 1. Un desplazamiento de la energía a nuevos intereses, y 2. Una transformación de la calidad de la emoción que acompaña a dicha actividad, la cual siguiendo a Hartman se desexualiza y desagresiviza.

Parece, por lo tanto, que la enfermedad mental no es el factor productor de toda la creatividad. Algunos autores han hecho énfasis en la edad y maduración como elementos importantes para la fama. Los niños prodigio pueden contradecir esta afirmación. Sin embargo, los estudios que se pueden realizar en ellos, indican que el tiempo contó de una manera absoluta para que su obra fuera más apreciada, como en los casos de Leibnitz, Goethe y Heine. Otros ejemplos: Mozart, Chopin y Schubert nos demuestran por el contrario una muerte prematura en el campo del arte, a pesar de haber sido virtuosos tempranos y con ello una menor duración y evolución creativa.

Un factor que parece ser importante para la sublimación es la búsqueda de nuevos climas y panoramas. La mejor etapa en la productividad de Van Gogh se inició al poco tiempo de haber llegado a Arles. Byron fue estimulado por sus viajes y Goethe no se cansó nunca de repetir lo mucho que debía al paisaje italiano.

El efecto que inspira un hogar donde se aprecia la cultura es de gran importancia y ello puede explicar mejor que el factor genético; los hallazgos de Francis Galton (1869) cuando encontró que 977 personas eminentes poseían 535 familiares notables, mientras que 977 hombres comunes tenían 4 seres superiores. Es importante señalar aquí que aunque el elemento hereditario sea esencial, el estímulo de las conversaciones inteligentes y el acceso a bibliotecas resulta inseparable de la creatividad de todos estos personajes.

Entre los hombres eminentes es frecuente encontrar trazas de trastornos mentales severos como en los casos de: Maupassant, Dostoievsky, Strindberg, Nietzsche, Ruskin, Wilde, Newton, Smetana, Schuman y Van Gogh. No obstante, podríamos afirmar que aunque todos ellos sufrieron padecimientos psíquicos, su estilo ya había sido consolidado antes de la alteración.

También parece ser un hecho que ésta marcó el fin de su productividad y no el principio. Lo que sí es posible percibir es que el individuo creativo

ha alcanzado su meta para realizarse a través del dolor, antes del rompimiento de la enfermedad.

El capítulo que hemos escrito sobre la naturaleza y presencia del "caso límite" explica situaciones como la de Edgard A. Poe, quien a la edad de 3 años vio a su madre consumirse. Cuando fue adulto se volvió adicto a los opiáceos y al alcohol en la búsqueda de la figura materna, sin embargo, escribió maravillosas historias de misterio.

El mismo Sigmund Freud que provenía de una familia en la cual de cinco tíos, solamente uno fue sano, pues existía un hidrocefálico idiota. Otro se trastornó mentalmente a la edad de 15 años y una tía a los 20. Uno de sus primos murió de epilepsia. En su juventud Freud hablaba de pasiones oscuras, sentimientos de vacío. Reconoció una cierta homosexualidad en su relación con Fliess. De adulto sufría severos desmayos delante de sus amigos y es posible que por ello nunca hubiera sido analista si no nos explicáramos sus creaciones extraordinarias a través de la teoría de los límites de la mente.

BIBLIOGRAFÍA

- ARLOW, J. y BRENNER, CH. *Psychoanalytic Concepts and the Structural Theory*. International Universities Press. New York, 1964.
- BLEULER, E. *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias*. International Universities Press. New York, 1908.
- BOYER, B. y GIOVACHINI, P. *Psychoanalytic Treatment of Characterological and Schizophrenic Disorders*. International Science Press. New York, 1967.
- FRANCK, J. *Panel: The Borderline Case*. J. Amer. Psychoanal. A. 3:285-298. 1955.
- FREUD, S. *The Neuro-Psychoses of Defence*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. III. London, 1894.
- FREUD, S. *Further Remarks on the Neuro-Psychoses of Defence*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. III. London, 1896.
- FREUD, S. *Psychoanalytic Notes on an Autobiographical Account of a Case of Paranoia*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. XII. London, 1911.
- FREUD, S. *On Narcissism. An Introduction*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. XIV. London, 1914.
- FREUD, S. *The Ego and the Id*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. XIX. London, 1923.
- FREUD, S. *Neurosis and Psychosis*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. XIX. London, 1924.
- FREUD, S. *The Loss of Reality in Neurosis and Psychosis*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. XIX. London, 1924.

- FREUD, S. *Preface to Aichhorn's Wayward Youth*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. XIX. London, 1925.
- FREUD, S. *An Outline of Psychoanalysis*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. XXIII. London, 1938.
- GALTON, F. *Hereditary Genius. An Inquiry into its Laws and Consequences*. Appleton Co. 1869.
- GREENSON, R. *Panel: The Borderline Case*. J. Amer. Psychoanal. A. 3:285-298. 1955.
- HARTMAN, H. *Contribution to the Metapsychology of Schizophrenia*, en *Essays on Ego Psychology*. International Universities Press. New York, 1953.
- HOCH, P. y POLATIN, P. *Pseudoneurotic Forms of Schizophrenia*. Psychiat. Quart. 23:248-276. 1949.
- ILLINSWORTH, R. y ILLINSWORTH, C. *Lessons from Childhood*. Livingstone. London, 1966.
- KERNBERG, O. *Borderline Personality Organization*. J. Amer. Psychoanal. A. 15:641-685. 1967.
- KERNBERG, O. *The Treatment of Patients with Borderline Personality Organization*. Inter. J. Psychoanal. 49:600-619. 1968.
- KERNBERG, O. *Factors in the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personalities*. J. Amer. Psychoanal. A. 18:51-58. 1970.
- KNIGHT, R. *Borderline States*, en *Drives, Affects, Behavior*. Ed. Lowenstein, R. International Universities Press. New York, 1953.
- MEZA, C. *El colérico*. J. Mortiz. México, 1970.
- RANGELL, L. *Panel: The Borderline Case*. J. Amer. Psychoanal. A. 3:285-298. 1955.
- RIESE, W. *The Conception of Disease*. Philosophical Library. New York, 1953.
- STERN, A. *Psychoanalytic Investigation of and Therapy in Borderline Group of Neuroses*. Psychoanal. Quart. 7:467-489. 1938.
- SCHMIDBERG, M. *The Borderline Patient*, en *American Handbook of Psychiatry*. Ed. Arieti, S. Basic Books. Vol. I. New York, 1959.
- WOEBERG, A. *The Borderline Patient*. Intercontinental Medical Book. New York, 1973.
- ZILBOORG, G. *Ambulatory Schizophrenias*. Psychiat. 4:149-156. 1941.
- ZILBOORG, G. *Panel: The Borderline Case*. J. Amer. Psychoanal. A. 3:285-298. 1955.

CAPÍTULO XI

LA ESQUIZOFRENIA

La demencia era una condición mental conocida desde la antigüedad que consistía en un deterioro o pérdida de la capacidad intelectual. La amencia por el contrario, se refería a aquellas personas que nunca desarrollaron inteligencia. Si estos diagnósticos continuaran utilizándose hoy en día, nos daríamos cuenta de que en la demencia ha ocurrido un estallido brusco que impide el crecimiento de la mente humana con: lenguaje concretista, dificultades para entender la realidad externa y una falta de pensamiento abstracto que estaba presente antes de ocurrir el padecimiento.

En los casos de amencia por el contrario se observará que desde el nacimiento ha habido pobreza en la expresión de las ideas, obstáculo para desarrollar la imaginación y el pensamiento nunca habrá progresado.

Las características de los desórdenes que hoy en día conocemos como esquizofrenias aparecen claramente descritas dentro de las demencias por Phillipe Pinel en 1801, cuando en su *Traité Medico-philosophique sur l'alienation mentale* (Tratado Médico-filosófico sobre la enajenación mental) nos dice: "Existe una sucesión ininterrumpida de alteraciones de ideas aisladas y emociones frívolas, movimientos desordenados y actos extravagantes, pérdida completa de la memoria y de la facultad de reconocer los objetos a través de las impresiones obtenidas por medio de los sentidos; obliteración del juicio y actividad continua sin un propósito o plan y un cierto tipo de existencia automática."

Jean Dominique Esquirol (1838) por su parte consideraba: "La demencia es una afección mental usualmente crónica que cursa sin fiebre, caracterizada por debilidad sensitiva del entendimiento y del deseo. Incoherencia de las ideas y una búsqueda de espontaneidad moral o intelectual. El hombre que se encuentra en un estado de demencia ha perdido la facultad de percibir los objetos correctamente, de relacionarlos entre sí y compararlos con los recuerdos anteriores de los mismos. El resultado es que no puede razonar."

Aunque numerosos autores habían descrito el cuadro clínico de las esquizofrenias, se puede afirmar que el primero que se fijó en las manifestaciones tempranas del padecimiento, fue el psiquiatra belga François Morel; quien en 1857 observó la deterioración temprana en la mente de un joven de 14 años de edad, quien súbitamente manifestó un odio demasiado intenso hacia su padre. Lo que mayormente llamó la atención de Morel fue el hecho de que el paciente con anterioridad al estallido brusco de la enfermedad había tenido una inteligencia superior, que se había desfigurado en una forma casi total.

En 1863 K. Kahlbaum se fijó en que lo que anteriormente había sido conocido bajo los nombres de melancolía atónica o bien éxtasis, podía terminar en una demencia. Además hizo un detallado estudio del trastorno locomotor al que denominó catatonía. Un discípulo del anterior, E. Hecker (1871), percibió un grupo de alteraciones a las que designó con el nombre de hebefrenia y que se caracterizaban por su inicio en la pubertad, alternancia sucesiva de varios estados (melancolía, manía y confusión), presencia de alucinaciones y por último el desarrollo de una demencia terminal.

Emil Kraepelin a partir de 1896 reunió diversos síndromes mentales que consideró manifestaciones de una sola entidad nosológica a la que le dio el nombre latino de: *dementia praecox*. Los elementos para unir estas variadas alteraciones dentro de un solo padecimiento eran: su comienzo en la adolescencia o en la primera fase de la edad adulta y la progresión de todas ellas hacia un estado final de demencia.

El autor alemán llegó a realizar una descripción magistral de la alteración del afecto en estos enfermos refiriéndolo de la siguiente manera: "La perturbación en el campo emocional es una de las características fundamentales, pues existe un deterioro progresivo de los sentimientos. La falta de interés en lo que rodea al enfermo es uno de los síntomas que nos indica la aproximación del padecimiento. Los padres y los amigos notan que existe un cambio en la disposición, laxitud en lo moral y un desinterés en las ideas que antes eran apreciadas. Una falta de afecto hacia los familiares y compañeros, una ausencia de la simpatía acostumbrada y sobre todo una satisfacción poco natural con las ideas que le son propias; así como con la conducta. Falla también el placer usual en el trabajo. Con el progreso del proceso la ausencia de emociones se hace más marcada. El enfermo ya no expresa alegría ni tristeza, no tiene deseos, ni miedos, pero vive de un día al siguiente sin interesarse y apático. A veces se presenta silencioso en la distancia o visualizando lo que le rodea con una mirada vacía. Es indiferente a su apariencia personal y se coloca en posturas incómodas, sin reaccionar aun al piquete de una

aguja. La comida la acepta hasta que el deterioro está muy avanzado. Esta condición de indiferencia estúpida puede ser interrumpida por cortos periodos de irritabilidad."

Kraepelin se fijó asimismo en la mayoría de los síntomas de la esquizofrenia incluyendo los desórdenes del pensamiento al que describía como incoherente y desprendido: "Uno encuentra en los casos leves: distraimiento y transiciones rápidas de un pensamiento a otro, sin una evidente asociación e interpolación de frases que pueden ser sonoras. En los casos severos existe una confusión genuina de los pensamientos con gran desconexión y producción de nuevas palabras."

Los desórdenes de: la atención, memoria y juicio, así como el negativismo fueron perfectamente observados por Kraepelin, quien dividió a la enfermedad en cuatro variedades esenciales: la forma hebefrénica, la catatónica, la paranoide y la simple.

Desde el punto de vista terapéutico este autor se mostraba pesimista, pues pensaba que el resultado final era el deterioro al que describía así: "En el curso de los años el delirio va desapareciendo, dejando al paciente con un cierto grado de debilidad psíquica observable en su falta de juicio y de energía mental. La ideación se vuelve escasa. En la conversación los enfermos son incoherentes e ininteligibles. En sus acciones muestran peculiaridades y falta de interés en relacionarse con otras personas."

Eugen Bleuler es uno de los más importantes psiquiatras que contribuyeron al estudio de la demencia precoz. Desde el año 1900 este autor y su ayudante C. Jung, se mostraron interesados en los trabajos de Sigmund Freud. En realidad puede decirse que las aportaciones de Bleuler son trascendentales demostrando que los mecanismos que habían sido establecidos por medio del Psicoanálisis en los neuróticos, podían igualmente aplicarse a las psicosis. Esta nueva dimensión posteriormente denominada Psiquiatría interpretativa, representaba una separación radical del criterio de clasificar y describir los síntomas, intentándolos entender desde el punto de vista de su origen y psicodinamia.

Bleuler formuló esta nueva teoría en un volumen publicado en 1911: *Demencia precoz o el grupo de las esquizofrenias*. En este libro el autor se opone a la designación peyorativa hacia la enfermedad, debido a que ésta no necesariamente principia en la adolescencia ni finaliza en un deterioro. Bleuler prefirió adoptar la denominación de esquizofrenia, basado en que la personalidad total se divide en sus diferentes funciones psíquicas.

Aunque el psiquiatra suizo habla de los factores orgánicos, piensa que son los psicógenos los que producen las formas características con que la enfermedad se presenta. Además considera que se trata de un complejo

sintomático y no de una sola entidad clínica, debido a que aparte de la confusión o el delirio paranoico, encontramos en cada caso manifestaciones sumamente variables en frecuencia y en intensidad. Es decir, que si los síntomas secundarios son muy pronunciados o los cardinales retroceden al fondo, la designación que hemos dado se vuelve incierta y el concepto se desvanece o debe ser arbitrariamente limitado a cada caso.

De cualquier forma Bleuler describe cuatro alteraciones básicas en la esquizofrenia: 1. Trastorno de la asociación de ideas, que lleva a producciones incomprensibles e incoherentes; 2. Autismo, consistente en una falta de deseos de comunicarse; 3. Perturbaciones de la afectividad con expresiones indiferentes o poco naturales, y 4. Desorden en la relación con el mundo externo, como resultado del cual el enfermo presenta una pobre conexión con la realidad y vive en sus fantasías o con sentimientos persecutorios.

Bleuler dividió los síntomas de la esquizofrenia en cardinales y secundarios. Los trastornos de la asociación, emocionales y la ambivalencia (término que pronto fue adoptado por el Psicoanálisis), eran los fundamentales. Como consecuencia de los anteriores y también de naturaleza primaria se encontraban: las perturbaciones de la percepción, consciencia, orientación, memoria, atención y valoración de la realidad.

Entre los secundarios incluía: la interceptación, las ilusiones, las ideas delirantes, el estupor, el negativismo, los amaneramientos, el automatismo y la confusión.

Bleuler estudió minuciosamente los delirios esquizofrénicos y los atribuyó a lo que denominó pensamiento autista, que consistía en una forma de fantasía que está controlada por dinámicas inconscientes, más que por la realidad objetiva. Este concepto puede ser derivado de las ideas freudianas acerca del narcisismo y fue una separación del aplanamiento afectivo, en el que tanto insistían los psiquiatras alemanes. Por medio de la noción del autismo, el esquizofrénico estaría creando su propio mundo interno en respuesta a sus necesidades emocionales. Esta explicación sugería por primera vez una razón a las fantasías y delirios de los enfermos, puesto que ellos retroceden de la realidad externa con la cual no pueden contender a una especial en la que son los amos.

ASPECTOS GENERALES

Las reacciones esquizofrénicas constituyen el mayor grupo de desórdenes psicóticos. De acuerdo con las estadísticas del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, los individuos diagnosticados con dicha enfermedad componen el 18% de las primeras admisiones a los hospitales

para los padecimientos mentales y el 49.7% del total de los que permanecen como población residual en las instituciones.

La edad media para la primera admisión es alrededor de los 33 años y la de los residentes, 50. El número de hombres y mujeres es aproximadamente el mismo, pero la cifra de solteros excede a la de casados, especialmente entre los varones. Se podría concluir que la población mundial afectada de esquizofrenia es cerca del 1% en sus formas que requieren de internamiento.

La dificultad para establecer el diagnóstico de la esquizofrenia, se debe a diversas causas. Una de ellas es el problema de la diferenciación entre lo normal y lo anormal, otra el que la Psicopatología no está claramente definida y la tercera que las causas del padecimiento han sido objeto de intenso debate.

En relación con los factores genéticos, Kallman (1950) ha demostrado que la frecuencia de la esquizofrenia entre los medio hermanos es del 7.1%; entre los hermanos 14.2%; los gemelos dizigóticos 14.5% y entre los monoigóticos 86.2%.

Otros autores como Pollin y colaboradores (1969) en un número de casi 16 mil casos han fallado en cuanto a encontrar cifras tan altas como Kallman, pues en ellos la de los gemelos dizigóticos era 4.4% y la de monoigóticos apenas llegaba a 15.5%. Estas diferencias más el hecho de que además, los esquizofrénicos de una misma familia sufren padres iguales, ha dado lugar a numerosas críticas a la teoría hereditaria. Lidz ha afirmado que las complejidades del medio cuestionan profundamente el factor genético. Se ha pensado que numerosos compuestos químicos pueden engendrar síntomas similares a los que observamos en la esquizofrenia. Ejemplo de lo anterior puede ser la bulbocarpina que provoca en los animales de laboratorio un estado semejante a la catatonía. Otras drogas como la mezcalina y el ácido lisérgico, producen las llamadas "psicosis modelos", dignas de ser estudiadas. No obstante, las alucinaciones que resultan de ellas son individuales y el contenido simbólico de las mismas, distinto de acuerdo con la dinámica de cada persona.

Siguiendo las ideas de Heath (1954) la esquizofrenia es un desorden metabólico, resultado de una alteración antígeno-anticuerpo. Desde hace varios años este autor ha estado trabajando con sus colaboradores con un factor proteínico del plasma que ha denominado taraxina. Sin embargo, no todos los investigadores coinciden con él, de que la inyección de esta sustancia a voluntarios humanos produce síntomas de la esquizofrenia.

A lo largo de los últimos años se han realizado numerosos estudios bioquímicos para demostrar el factor que produce la demencia precoz. Por desgracia la mayoría de ellos han sido deficientes, por lo que las

conclusiones que se esperaban no han podido ser alcanzadas. La falla del metabolismo de la vitamina C presentada por S. Akerfeldt (1957) parece ser un simple artefacto en la dieta de los pacientes reclusos.

No obstante, continúan aún en pie como caminos a seguir los hallazgos en las anormalidades de las proteínas del plasma, en especial lo que se refiere a las catecolaminas. Estudiadas inicialmente por Mach (1949) y Bergen (1967) se ha intentado encontrar un factor común para explicar el defecto en los esquizofrénicos. Los trabajos de Lozovsky y Mushenko (1969) parecen sugerir la existencia de una falta de respuesta en la permeabilidad de la membrana celular que permitiría a las proteínas intracelulares mezclarse libremente con las globulinas del plasma.

Los psiquiatras dinámicamente orientados han reconocido y aceptado el papel significativo que las relaciones interpersonales juegan en el desarrollo de cada individuo.

Es por ello que el contacto de los esquizofrénicos con sus padres durante la infancia, ha atraído considerable atención durante los últimos cuarenta años.

Jacob Kasanin (1934) encontró en una serie de esquizofrénicos no seleccionados, que las madres mostraban sobreprotección y rechazo en 60% de los casos. Louise Despert en 1942 en su trabajo con niños esquizofrénicos observó que: "Las madres eran agresivas, ansiosas, solícitas y exhibían una marcada ambivalencia hacia los hijos. El rechazo completo y profundo por parte de las progenitoras fue un factor sobresaliente para desarrollar la enfermedad." F. Fromm Reichman decidió denominar a este tipo de madre esquizofrenizante y pensó que constantemente mandaban dobles mensajes a los hijos.

En uno de los trabajos más acabados sobre este tema, Trude Tietze (1949) investigó a 25 madres de pacientes esquizofrénicos adultos que se hallaban internados. Realizó con cada una de ellas numerosas entrevistas. Todas las progenitoras trataban de aparecer más jóvenes que su edad cronológica. Creían haber tenido buenos matrimonios aunque la realidad era otra (una de ellas aseguró que su marido era perfecto, a pesar de ser un alcohólico crónico y haber realizado varios intentos de suicidio).

El conjunto de las madres mostraba un exceso de ansiedad, eran obsesivas con respecto al sexo que prohibían en sus hijos (una de ellas mandó operar a su niña pequeña por temor a que se masturbara). Eran dominantes y perfeccionistas. Excesivamente cuidadosas y dependientes de la aprobación de los demás. La inmensa mayoría mostró rechazo hacia el hijo enfermo, aunque esta actitud era disfrazada con una aparente y sutil atención hacia él. Los niños expuestos a esta indefinible forma de dominio se ven obligados a reprimir sus impulsos agresivos.

A partir de 1957 con los trabajos de Theodore Lidz y colaboradores se ha demostrado que los padres de los esquizofrénicos están tan alterados como las madres, aunque para integrarlos dentro de un solo conjunto existieron numerosas dificultades. Unos eran agresivos y hasta paranoicos, otros ostentaban una actitud pasiva e inefectiva. Algunos se mostraron como rivales del hijo enfermo, en tanto que existían aquellos que eran hostiles a él. Finalmente se encontró un grupo que se desplegaban como protectores y aun tendían a seducir al paciente.

Los matrimonios de los padres de los esquizofrénicos y la vida en el hogar está dividida, o en permanente conflicto. Ambos presentan ideas peculiares acerca de cómo una familia debe vivir y sobre la crianza de los hijos. En general, se puede afirmar que uno de los progenitores es pasivo o inefectivo dentro de las decisiones fundamentales a tomar.

Otros autores como Wynne y Singer (1963) han hecho hincapié en que uno de los padres sufre un sentido de vacío ante la vida, hacia la que ha perdido toda esperanza de hacerla significativa. Estos investigadores han documentado los estilos amorfos y fragmentados de los ascendientes de los esquizofrénicos, lo cual impide a éstos mantener la atención focal para formar los conceptos.

En 1968 Don Jackson hizo la observación de que las familias que provocan demencia precoz no se desorganizan, sino que el repertorio que permiten en cuanto a la conducta está reducido en lo que respecta a variables de la misma.

Como he indicado a lo largo de estas líneas la familia del paciente que sufre esquizofrenia impide su desarrollo y distorsiona las posibilidades de funcionamiento como un adulto autónomo e integrado. En otras palabras, debido a la pobre preparación que recibe dentro del hogar y a su liga con los problemas propios de la generación anterior, el niño que sufrirá el padecimiento entrará en la adolescencia con serias dificultades para encontrar su identidad y un yo débil capaz de desintegrarse fácilmente.

CARACTERÍSTICAS DE LA ESQUIZOFRENIA

Debemos de partir del hecho que la esquizofrenia no es una enfermedad única. Las numerosas variantes en su curso clínico y la realidad de que las modalidades son intercambiables, de tal manera que lo que hoy es un cuadro hebefrénico o simple, puede tomar aspectos catatónicos en unos cuantos días, nos hace pensar que los síntomas esquizofrénicos constituyen formas generales de reacción.

La unidad del padecimiento está representada por su carácter esencial de una psicosis juvenil, de tal manera que todos los brotes tardíos de

los que se habla, resultan simplemente estallidos bruscos de un proceso que se hallaba latente y disfrazado por una aparente calma en un yo que hacía esfuerzos desmesurados por mantener el funcionamiento de algunas defensas.

Desde Bleuler se tienen por síntomas cardinales de la enfermedad: el bloqueo asociativo, los trastornos autistas, las perturbaciones del afecto y la ambivalencia. El pensamiento del esquizofrénico destruye la unidad de las ideas normales, de tal modo que separa lo que está fusionado y anexa lo corrientemente disociado, introduciendo en las vivencias representaciones heterogéneas. Así vemos la sucesión, coexistencia de palabras y mezcla de cadenas de pensamientos que aunque respetan las reglas gramaticales, adquieren una apariencia extraña y fantástica produciendo la perceptible incoherencia del intelecto.

El psiquiatra argentino Carlos Pereyra (1957) ha afirmado que existe una expresión morbosa patognomónica que precede al desarrollo psicopatológico de la enfermedad, impidiendo los sucesivos esfuerzos de adaptación del paciente. Según este autor, la interceptación descrita originalmente por Bleuler como un síntoma secundario es el factor fundamental que determina un paro brusco del discurrir del pensamiento.

Si consideramos la interrupción del acto psíquico desde su fuente instintiva hasta su finalización en el objeto, tal interceptación gradualmente perjudica la plenitud del psiquismo según la intensidad y el momento en que el impulso es detenido.

Es así como se explica que al principio y en los casos de lenta evolución, el sujeto se ve desinsertado del mundo paulatinamente, porque los fines se le escapan, como si una insuficiencia de su intencionalidad no pudiera coronar sus propósitos. Más tarde las interrupciones van atacando el proceso psíquico aun en sus actos preparatorios asistiéndose a la coordinación defectuosa de los parlamentos parcialmente coherentes pero mal concatenados.

Se observa a partir de este instante el autismo descrito por Bleuler y que consiste en un aislamiento del mundo exterior, como único recurso ante una realidad incomprensible. Debe diferenciarse el autismo esquizofrénico de los llamados ensueños, que son simplemente distracciones que sufre una persona ante el surgimiento de una nueva idea. El fenómeno que hace desligarse al paciente paranoide es la búsqueda de explicaciones ante hechos que no comprende.

La ambivalencia no será más que la presencia de elementos contradictorios en el pensamiento que producen confusión entre los objetos amados y los odiados. Según Bleuler existirán varias formas ambivalentes: la afectiva en la cual las emociones son despertadas simultáneamente; la del

deseo en que dos aspiraciones se contradicen y la del intelecto en la que surgen ideas y contraideas.

El tercer síntoma cardinal en la esquizofrenia será el trastorno asociativo que no es más que una manifestación tardía del avance del padecimiento. En conclusión podemos pensar que aun en los casos que asistimos a una disgregación del lenguaje, éste sigue en el fondo las leyes de la asociación, ya sea por: parecido, semejanza, contraste o contigüidad. Por otro lado el discurso se afecta primero en lo más jerárquico, en lo adquirido filogenéticamente más tardío y en lo que hace el pensamiento más valioso: las ideas directrices. Luego las constelaciones que a cada momento surten el material a organizarse y en última instancia lo incapaz de perderse que es el aspecto automático de las asociaciones.

En el esquizofrénico observamos, por lo tanto, el pensamiento sin conexión, con frases aisladas aún comprensibles, pero con una sintaxis desordenada, atemporales, incoherentes que se vuelven inaccesibles, con conceptos aislados ricos en autocrítica a lo que Hartman ha denominado "insight esquizofrénico" que proviene del funcionamiento directo del proceso primario que envía cualquier señal inconsciente al yo.

Vamos a ocuparnos ahora de otro síntoma importante de la enfermedad, la perturbación afectiva. Pareciera que los pacientes carecen de equilibrio en este sentido, pues ante cualquier situación responden con un sentimiento inapropiado. No entran en intimidad con nadie y han perdido los lazos que los unían con su familia. Se ha llamado a este fenómeno el embotamiento afectivo. El enfermo estima que el mundo que lo rodea ha cambiado, cuando son ellos mismos los que se sienten espantosamente solos. Bleuler parece haber captado esta situación al describir una rigidez sentimental que provoca el aplanamiento afectivo.

En forma paralela a las alteraciones emocionales encontramos los trastornos de la conducta de los cuales el fundamental es la desaparición progresiva de la actividad voluntaria. El paciente abandona sus deberes y pasa desocupado la mayor parte del día. Además de esta característica puede aparecer una tendencia a realizar actos impulsivos, romper una ventana, partir su ropa en tiras, destruir los muebles, etc. También puede presentarse el negativismo que consiste en una resistencia a todo lo que se haga en bien de ellos, rehusan comer, vestirse, obedecer, etcétera. En las condiciones extremas puede incluso existir retención de orina o de las heces fecales.

Otro aspecto que se observa en ocasiones, es la llamada estereotipia, que consiste en la repetición sistemática del mismo acto. Por ejemplo: un enfermo se dirige cada día al centro de la sala con su cuchara llena de sopa y retrocede unos pasos, la mira con detención (siempre el mismo

gesto) para levantarla luego, regresar a su cama y sorberla tranquilamente. Otro, cuando al llegar el médico, se torna rígido y da la mano pidiendo un pasaporte, etcétera. Los pacientes pueden repetir por horas las mismas expresiones en forma monótona. La ecolalia es la repetición de la frase que se les ha dicho y se reserva el nombre de ecomimia para la repetición automática del mismo gesto que uno realiza. Aunque estos síntomas varían en los casos individuales, no es raro encontrar algunos de ellos en numerosos esquizofrénicos.

Las alucinaciones también adoptan diferentes formas y pueden ser: visuales, gustativas, táctiles y particularmente auditivas. El paciente escucha voces extrañas que lo amenazan, maldicen o bien lo alaban. Percibe imágenes que pueden intimidarlo o que lo ponen en contacto con objetos venerados: ángeles, Dios, vírgenes, etcétera. Los olores son transformados en aromas o bien siente corrientes eléctricas a lo largo de su cuerpo.

Las formas clínicas en que se presenta la esquizofrenia son seis fundamentalmente: la hebefrenia, la catatonía, la simple, la esquizo-afectiva, la indiferenciada y la paranoide.

FORMA HEBEFRÉNICA

A esta forma se le dan características de comienzo temprano, 14 o 15 años por lo general. Las oscilaciones del afecto en el sentido excitación-depresión se presentan frecuentemente. Sin embargo, la hebefrenia está caracterizada por una severa desintegración más que un empobrecimiento de la personalidad. El paciente pierde casi totalmente el contacto con la realidad y todas las funciones mayores: pensamiento, lenguaje, afecto y conducta se van desorganizando y distorsionando.

El hebefrénico puede hacer gestos tontos, reírse sin motivo y provocación. La aceleración del curso del pensamiento no está dada por una estimulación comprensible y cambiante de las cosas que hieren el sensorio, sino por un manejo de las ideas propias, que llaman la atención por su extravagancia. El lenguaje es a menudo incoherente y lleno de neologismos, palabras inventadas y frases repetidas sin significado. El parlamento no es tan abundante, fluido y carece de la gracia característica y la agudeza de la forma esquizo-afectiva. Existe la llamada burla insípida, que son desconcertantes respuestas a las preguntas que se les hacen.

Las alucinaciones auditivas son frecuentes. Las voces pueden acusar al paciente, realizando comentarios desfavorables, o bien, representar órdenes de Dios. Las visuales los hacen ver imágenes amenazantes o de contenido religioso.

En el aspecto depresivo, la tristeza del hebefrénico es destañada, fría,

no se explica por las vivencias que el sujeto experimenta y más bien impresionada como una apatía y una incapacidad en la vida por pérdida de los intereses.

Las reacciones hebefrénicas se desarrollan habitualmente durante la adolescencia. Típicamente se observa una historia de conducta excéntrica, preocupación con aspectos triviales, religiosos o filosóficos. A menudo existe una intensa inquietud por infracciones morales menores o de origen masturbatorio. El paciente se aparta paulatinamente del medio que le rodea, retrocede hacia su mundo de fantasía y sufre un proceso regresivo con una conducta infantil y tonta. Al hacer esto abandona los esfuerzos ante la realidad, se protege por medio de una coraza de indiferencia, que distorsiona su forma de pensar.

FORMA SIMPLE

Esta disposición es quizás la que más dificultades diagnósticas plantea por su comienzo insidioso y por la falta de características destacadas. En lo esencial, trátase de un sujeto que entra paulatinamente en una disminución de todas sus apetencias, hasta caer en una indolencia alarmante, llamando la atención por la incapacidad de reaccionar frente a los estímulos más fuertes y sensatos, en contraste con una capacidad todavía conservadora para comprender los planteamientos y situaciones. Se podría decir que la abulia es el síntoma predominante para esta afección.

Estando el paciente inmerso en vivencias extrañas a lo circundante, deja deslizar su existencia sin ingerencias de ninguna índole, absorbido por lo que puede ser denominado autismo, pero que aquí más que nunca, puede probarse que este nuevo mundo es vacío o cuando menos carente de vivencias. La edad en que este fenómeno ocurre, así como la insípida transformación lenta de la enfermedad, conspiran contra el diagnóstico y retardan la alarma de los familiares que esperan que esta situación pase, tomándola como una mera transición en el proceso evolutivo de la vida.

Los esquizofrénicos de la forma simple aparecen a menudo contentos de ser cuidados por otros. Rara vez son llevados a hospitales para las enfermedades mentales y permanecen ocupados en trabajos rutinarios o repetitivos. Constituyen los excéntricos del vecindario y caen en leves actos contra la moral. En general carecen de color, son inafectivos y oscuros.

FORMA CATATÓNICA

Se caracteriza por los síntomas motores, ya sea una inhibición de los mismos o un exceso de actividad desorganizada. Cuando se toma la forma

típica de negativismo, flexibilidad cérica y rigidez el diagnóstico es sencillo, pues este cuadro solamente se observa en la esquizofrenia.

El estupor catatónico a menudo aparece súbitamente, aunque puede ser precedido por un corto periodo de depresión, pérdida del interés y preocupaciones. El paciente se vuelve mudo, mira fijamente al suelo y asume una postura fija y estereotipada que puede ser mantenida por días o semanas. A veces se sientan en el borde de una silla o adoptan una postura incómoda. Obstinadamente resisten cualquier esfuerzo que se haga para movilizarlos, rehusan a comer y obedecer cualquier sugestión. Pueden también caer en un estado de catalepsia, según el cual si una persona coloca el brazo o la pierna del enfermo en una posición incómoda o tosca, llega éste a mantenerla varios minutos o aun horas.

Sin embargo, detrás de esta máscara, el catatónico puede estar experimentando las más vívidas alucinaciones o delirios. Algunas de ellas pueden explicarnos las extrañas posturas y conducta de los enfermos. El estupor puede ser un aislamiento protector frente a situaciones amenazantes o de pánico, que el individuo común experimenta ante las catástrofes.

Por el contrario, los sujetos catatónicos excitados parecen ajenos a personas y cosas y si de cuando en cuando captan algo de lo circundante, esto se diluye en una corriente de ideas y propósitos extravagantes, que nada tienen que ver con el exterior. Es decir, que aun activos y tumultuosos dan la impresión de vivir internamente. Hablan de una manera incoherente con voz escandalosa, rompen sus ropas o atacan a la persona próxima. Cambian de posturas rápidamente, se masturban en una forma abierta o se mutilan y aun llegan al extremo del suicidio.

FORMA ESQUIZO-AFECTIVA

L. Bellack (1948) ha insistido que los desórdenes esquizofrénicos se encuentran en continuo con los afectivos y esta forma de la enfermedad sería el punto de unión de ambas.

Los episodios son recurrentes acompañados de elación o depresión. En las reacciones maníacas el paciente habla rápidamente y de una manera continua, se mueve incesantemente, casi no duerme. Se muestra efervescente y sugiere soluciones ambiciosas pero poco reales ante cualquier problema. Telefona o escribe a otras personas porque encuentra otros medios de comunicación lentos. Gasta su dinero en una forma descuidada y se vuelve sexualmente promiscuo o alcohólico en exceso. Trata de mostrar un aparente buen humor, pero tan pronto se le contradice se vuelve irritable o aun exaltado. Cuando llega a los extremos el enfermo canta, danza,

gesticula sin detenerse ante nada. Su fuga de ideas puede incrementarse hasta el punto que pierden todo sentido y el lenguaje se vuelve incoherente.

El paciente también puede exhibir una necesidad de estar siempre activo, interfiere con otras personas y se decora con todo tipo de objetos que encuentra. Hace exhibiciones sexuales o puede volverse extremadamente destructivo. Sus ideas delirantes se centran alrededor de sí mismo y son generalmente de grandeza, poder o riqueza.

Las fases depresivas se caracterizan por ocurrir circularmente, es decir alternaciones de episodios descritos anteriormente, combinados con fases de tristeza profunda, déficit del interés, pensamientos suicidas, dificultad para conciliar el sueño y pérdida de peso.

Es importante señalar aquí el descenso experimentado, por lo que se denominaba en otra época psicosis maniaco-depresiva. El número de admisiones a los hospitales psiquiátricos descendió del 6 al 1% del total en los últimos 20 años. Por otra parte la coexistencia de episodios maníacos con los depresivos únicamente se observa ya en el 12% de los casos. Es por lo tanto importante dar una sola unidad a las psicosis que producen desorganización total de la personalidad y es por ello que prefiero conservar el cuadro esquizo-afectivo y seguir el criterio de Lewis (1954) que mostró que la mayoría de los pacientes diagnosticados como maniaco-depresivos eran subsecuentemente observados en los hospitales como esquizofrénicos de la forma procesal.

FORMAS INDIFERENCIADAS CRÓNICAS

Los casos con una gran variedad de síntomas que no corresponden a ninguna de las formas anteriormente descritas quedarían clasificadas en ellas, así como la mayoría de los que permanecen hospitalizados por el resto de sus vidas. Las alteraciones del pensamiento son globales y severas. La conversación se vuelve vaga, repetitiva y superficial. Los pacientes extremadamente autistas recurren a sus propios pensamientos y casi no responden a lo que se les pregunta.

Los delirios y las alucinaciones pueden persistir y la prueba de la realidad es en general pobre. Las alteraciones de la volición son severas. Los enfermos esquizofrénicos crónicos pueden sentarse inexpresivos sin darse cuenta del paso del tiempo o bien dormir la mayor parte del día. Temen el contacto con los extraños o bien aparentan que pueden acercarse a ellos, pero siempre mantienen un aislamiento personal. El desamparo de los años los hace carecer de sentido común. No pueden anticipar las reacciones de los demás ni entender la impresión que ellos producen.

Existe una negligencia en los hábitos de higiene y no les importa cambiarse la ropa. Algunos parecen incapaces de diferenciar su propio yo del medio ambiente, a lo cual se le ha llamado pérdida de los límites de esta estructura psíquica.

FORMA PARANOIDE

Es posiblemente la variedad que conserva la mayor autonomía dentro de las diferentes formas de esquizofrenia y es tal vez por ello que Freud quiso mantenerla como una entidad independiente. Sin embargo, a pesar de que todos los seres humanos poseen rasgos paranoides, debemos de distinguir los grupos psicóticos que presentan una mayor desorganización del yo a consecuencia de sus delirios e ideas persecutorias.

La palabra griega *paranoia* aparece mencionada en las obras de Esquilo, Eurípides y Aristófanes, para indicar simplemente un desorden mental y puede decirse que los pueblos latinos utilizaron el equivalente loco, para designar a aquel que ha perdido la razón.

Los delirios eran conocidos desde épocas remotas, pero fue el médico francés C. Laseque quien en 1852 desarrolló el concepto acerca de la perturbación de la persecución, que según este autor era un intento por parte de quien lo sufría de dar una explicación lógica a sus intensas preocupaciones. En 1878 K. Kahlbaum sugirió que se reservara la palabra *paranoia* para distinguir los delirios persecutorios de otras enfermedades mentales.

Freud (1911) fue el primero en señalar que los estados paranoides eran defensas contra la homosexualidad a través de la negación y la proyección. Cuando publicó el caso del talentoso jurista Daniel Paul Schreber, el descubridor del Psicoanálisis concluyó: 1. Existe un deseo de ser una mujer en el acto sexual; 2. Negación y proyección de esta aspiración, y 3. Retorno de lo que ha sido restringido del campo consciente en la forma de una expectación de ataque sexual. Freud propuso la aproximación verbal de: "no lo amo, lo odio", y la proyección de: "me odia, lo cual justifica mi odio".

Los más prominentes mecanismos de la esquizofrenia paranoide son la proyección y el desplazamiento. Los pacientes reaccionan a las tensiones internas culpando a los demás y transfiriendo sus sentimientos hostiles y los impulsos inaceptables afuera. Él no es agresivo, sus enemigos lo son y solamente se defiende de sus maquinaciones; él no es inmoral, los otros hacen acusaciones sugiriendo conductas poco éticas, que frecuentemente son de naturaleza homosexual.

Algunas investigaciones, Gardner (1931), Oppler (1957), Klaf y Davis

(1960) y Moore y Selzer (1963) parecen haber sostenido esta hipótesis. Sus estudios han revelado una mayor preocupación con la homosexualidad en los paranoicos que en otros grupos de personas mentalmente enfermas. Resulta también interesante que la mayoría de los perseguidores son masculinos en los varones y femeninos en las mujeres. Por lo general se sostiene que las experiencias delirantes constituyen en sí el diagnóstico de esquizofrenia de la forma paranoide. Se puede decir que un delirio es una creencia que parte del inconsciente y que debe ser mantenida por el paciente, a pesar de lo absurdo de su lógica o de las pruebas en contra.

Los delirios que más frecuentemente encontramos en los cuadros paranoides son:

Delirio de los querulantes. Llama la atención la seguridad con la que estos individuos proceden. Personas ignorantes en problemas de Derecho interrumpen al juez y al propio abogado; únicamente ellos ven el proceso claro y no comprenden las razones de los demás. Actúan con una verdadera pasión combativa y se muestran testarudos y fanáticos. Son incapaces de ninguna enmienda y proceden con agilidad dialéctica.

El enfermo sólo reclama su propio derecho y nadie parece ser capaz de otorgárselo, desagradándoles cualquier resolución que se tome. Acumula ante las autoridades un enorme número de papeles y pronto se convence de que todos actúan en su contra. Gestiona constantemente ante jueces, Suprema Corte, ministros, jefes de estado, etcétera, pero cuanto menos se les responde, aumenta mayormente su descontento.

A veces el abogado rechaza el pleito y entonces es calumniado. Cuando se le demuestra su enfermedad, esto mismo se convierte en una prueba más de que se quiere desposeerlo, reducirlo al silencio. Todo se circunscribe a su círculo de ideas. Un juez tiene el mismo nombre que un enemigo personal y, por lo tanto, está emparentado con él y por ello abriga prejuicios en el caso. El presidente de la Audiencia ha sido trasladado porque era el único que tenía en consideración sus reclamaciones. Le hacen dejar su casa debido a que el propietario no quiere enemistarse con sus enemigos influyentes, pero constantemente puede seguirse el hilo que liga a una idea con otra y por sí mismo cada pensamiento resulta factible aunque totalmente ilógico.

No existen alucinaciones, sino ilusiones. El acusador ha cuchicheado con el defensor. Los jueces han hablado en voz baja durante la audiencia. El presidente ha sonreído de una manera peculiar y hecho una seña a los testigos. El abogado de la parte contraria ha corrompido a otros a través de una presión de la mano al saludarlos. Frecuentemente se observa lo que se denomina falseamiento de lo recordado. Los pliegos firmados por el propio enfermo, cree más tarde que han sido falsificados. Procesos

que ha descrito con pormenores asegura que han sido inventados por los adversarios.

La mayoría de los querulantes forman alrededor suyo una pequeña sociedad constituida generalmente por parientes cercanos, que creen en la justicia de sus reivindicaciones. Se forman *folie a deux*, o más.

Su odio contra los enemigos no conoce límite alguno y todo los autoriza a lo más bajo y mezquino. Con frecuencia incurren hasta la injuria o la calumnia.

Delirio de persecución. El individuo en este caso siente que otros lo están amenazando, discriminando o conspirando contra él para provocar su caída. En los casos de referencia, el paciente siente que la gente habla de él, que lo calumnian o lo espían. Los supuestos perseguidores pueden ser personas definidas en su ambiente como miembros de su familia, vecinos o antiguos amigos; en ocasiones algunos grupos organizados tales como: los comunistas, católicos, masones, judíos, capitalistas, etcétera. La elección del grupo dependerá de los antecedentes del enfermo. Algunos aseguran que están siendo sustraídos o privados de una herencia. Otros piensan que se les está tratando de robar. Existen aun aquellos que se muestran convencidos de que sus acciones y pensamientos son controlados o influidos por medios extraños: electricidad, radar, hipnotismo, etcétera.

Delirios de celos. Se aplica a los pacientes que tienen celos patológicos. Éstos no son raros en ciertos matrimonios con paranoicos. El marido registra la ropa interior de la esposa en la búsqueda de manchas y alega que todas ellas provienen de semen. Asegura que la vagina de su esposa está más húmeda de lo usual. Algunas veces la esposa es torturada para que confiese acontecimientos que nunca han sucedido.

Asimismo pertenecen a este grupo los sujetos que aniquilan la felicidad familiar y su futuro por haberse enterado de un noviazgo intrascendente de su mujer cuando era más joven.

Delirios de grandeza. Estas ideas surgen casi siempre de sentimientos de inferioridad, inseguridad o culpa. El individuo reacciona yéndose al extremo opuesto, creyéndose el salvador del mundo, rey, ministro, etcétera.

Todos los paranoicos son extremadamente narcisistas y se muestran orgullosos de su sutileza y astucia. Casi siempre existe una sobrestimación de sí mismos a la que se denomina megalomanía.

Delirios hipocondríacos. El paciente cree que está afectado por una enfermedad que envenena su cerebro o destruye otros órganos internos. Los hipocondríacos pueden atribuir el progreso de una enfermedad al inadecuado tratamiento médico que reciben; otros achacan su falta de salud a factores persecutorios internos. Es lo mismo acusar al medio externo (proyección) que al interno (introyección).

CASO CLÍNICO

A. es un adolescente de 18 años. Su apariencia es la de un joven cuya edad es más o menos la por él proporcionada. Es alto, de complexión delgada, cabello rizado y tez morena. Su expresión facial durante esta primera entrevista a principios de 1972 denota cierta desconfianza. Su manera de vestir es ordenada y parece que ha sido empujado por sus padres para aparecer ante el futuro terapeuta en una forma adulta. No se aprecian manierismos, aunque la entonación de su voz es débil y el lenguaje lento. Durante las primeras sesiones aparece inquieto y observa repetidas veces la ventana con una mirada vaga.

A. nació en un pequeño poblado de Oaxaca en 1954. Fue adoptado a la edad de 10 meses. Sus papeles originales desaparecieron figurando en la actualidad legalizado por sus padres adoptivos.

Los progenitores reales del paciente eran de condición humilde. La madre renegaba de sus cinco hijos y es descrita como una mujer primitiva y de carácter gruñón. Su marido es abúlico y de profesión zapatero. Alcohólico crónico, cuando se encontraba bajo los efectos de la bebida se tornaba agresivo y violento.

El enfermo ignora hasta este momento el hecho de su adopción. Solamente en alguna ocasión ha preguntado acerca de la diferencia de aspecto que guarda con sus padres actuales. Parece sentirse avergonzado de mostrarse en traje de baño y que la gente pueda notar la diferencia que existe en cuanto al color de su piel.

La madre adoptiva cuenta con 40 años de edad. Delgada, facciones angulosas, inquieta mueve sus manos constantemente. Habla con rapidez, su voz es a veces temblorosa. Desde niña manifestó un gran temor hacia su padre a quien describe como un verdadero tirano, que mostraba su rabia ante cualquier circunstancia. Fue por ello que de pequeña se refugiaba con su propia madre, buscando algún cariño. La familia era extensa, pues eran 5 hermanos y dos hermanas. Clase media baja.

Durante las entrevistas la madre de A. se presenta aparentemente sumisa y dócil. Sin embargo, la forma amistosa como se conduce es superficial. Aunque ella dice no darse cuenta de su propia hostilidad, ésta puede observarse en detalles. Toda la vida ha sufrido dolores de cabeza, es quisquillosa y excesivamente compulsiva. Aunque se muestra solícita se puede fácilmente descubrir su intensa patología. Cuando fue preguntada acerca de A. antes de sufrir la psicosis, respondió: "No había nada anormal en él, era obediente y muy buen hijo."

Su primer novio fue su actual marido. Lo conoció a los 15 años de edad (él 21). Se casaron un año después, pero parece ser que al unirse en

matrimonio una situación semejante a la que existía en su hogar de origen se repitió, aunque el miedo hacia el padre había desaparecido; el temor se desplazaba hacia el marido. Las relaciones sexuales no parecen haber sido mayormente satisfactorias y al referirse a ellas mostró cierto desagrado, afirmando que eran poco frecuentes. Después de algunos años de matrimonio y por esterilidad del marido se adoptó al paciente.

El padre actual es un hombre obeso, de cabello rubio que quiere aparecer excesivamente amable, pero al que se le nota su necesidad de mandar a los demás. Cuenta en esta fecha con 46 años y proviene de una familia peculiar, pues su progenitor tenía ideas de grandeza acerca de sí mismo. Su fortuna fue oscilando a lo largo de toda su vida hasta el punto que fue detenido por deudas. El padre de A. estudió algunos años de comercio, pero no terminó la carrera al descender de nivel económico su familia. Sin embargo, siempre ha sido un hombre que ha luchado para obtener prestigio. En la actualidad ocupa un puesto importante en una distribuidora de motores de importación. En 1953 vivió un año en Estados Unidos como inspector de braceros. Nunca se adaptó a aquel país, pero aprendió su idioma, lo cual le ha ayudado en su posición de este momento. Se le puede describir como arrogante y pretencioso. Trata de impresionar a través del éxito que ha obtenido y advierte con cierta vanidad, que cuando comenzó a trabajar poseía un traje y dos camisas y ahora cuenta con sesenta atavíos diferentes. Su participación en la vida de su hijo ha sido mínima, pues de acuerdo con él por problemas de trabajo siempre está ausente del hogar.

Con esta familia convive desde hace 6 años la abuela paterna. Su carácter es hosco y siempre corrige a su nuera. La actitud de ella hacia A. es siempre en forma directiva.

El paciente fue amamantado por su madre real hasta los 10 meses de nacido. Es descrito como gracioso en sus primeros años por la utilización que hacía del lenguaje. A los 2 años tenía un vocabulario mayor que otros niños de su misma edad. Sin embargo, sufrió por la separación materna y al ser trasladado desde Oaxaca lloraba casi constantemente durante los primeros meses. Las gentes le parecían extrañas, nunca sonreía y no aceptaba fácilmente la leche que se le administraba.

Poco a poco fue acercándose a su nueva madre y empezó a jugar con ella. Según el relato de A. no recuerda nada acerca de su padre hasta que cumplió los ocho años. La progenitora adoptiva creó desde un principio una gran inseguridad en el enfermo, al impedirle tocar cualquier objeto. Siempre temerosa prohibía la libertad motora y es muy probable que la misma situación parece haber sucedido con respecto al desarrollo sexual.

Un hecho que se repitió en una forma notable durante los primeros

años de vida de A. fue el de las diferentes mudanzas que la familia efectuaba. Es decir, en una época habitaban en un barrio de la ciudad lejano y cuando éste se comenzaba a poblar, se trasladaban a otra colonia residencial distante. En la actualidad viven en un lugar apartado a 30 kilómetros de la capital, donde apenas existen vecinos. Parece ser que esto ha repercutido en la soledad en que ha vivido el enfermo casi toda su historia.

A la edad de cuatro años fue llevado por primera vez al colegio teniendo que quedarse la madre con él, pues sollozaba en una forma continua. Poco tiempo después A. aceptó la situación de separarse de la madre y terminó hasta el sexto año de primaria a la edad de 12, siendo uno de los primeros alumnos de su clase. Al finalizar ese curso se inició la pubertad y se operó un cambio radical en él, en cuanto a su aprovechamiento escolar.

Cuando el enfermo contaba con 6 años dice haber sido obligado a masturbar a un adolescente de 13. Otro recuerdo de ese tiempo resulta ser, el de haber lanzado una flecha y herido a su padre en el labio superior. No obstante lo anterior, desde los 10 hasta los 15 años de edad, el paciente comenzó a salir con su progenitor y jugar con él en distintos deportes. Entre ellos se establecía un cierto tipo de rivalidad, dado que el padre rara vez perdía. En su relación con los compañeros, A. permanecía más bien aislado y casi no participaba en grupos. Sus amigos eran escogidos entre los humildes y más bien buscaba la amistad con los hijos de los sirvientes o del zapatero.

La mayoría de las niñas lo asustaban y fracasaba en sus intentos por hablar con ellas. Nunca tuvo ninguna novia y más bien fantaseaba relaciones que jamás tenían lugar. A los 12 años comenzó a masturbarse pensando en actos sexuales sadomasoquistas en los cuales una mujer era violada. El hábito se hizo placentero y se repetía con frecuencia. Sin embargo, es preciso hacer notar que provocaba angustia y sentimiento de intensa culpa.

Durante el primer año de secundaria se inician numerosos tropiezos en las asignaturas básicas, aunque lograba destacar en algunos deportes empujado por su padre. El segundo año lo reprobó y a raíz de ello, sintió una gran hostilidad hacia los profesores. Los padres decidieron que realizara los siguientes estudios internado y ocurrió cierta mejoría en las calificaciones al repetir el curso, sin embargo, resentía en forma notable el haber sido encerrado en la escuela y constantemente reprochaba a su madre el rechazo de que se sentía objeto.

Al terminar la secundaria, se decide que A. debe realizar estudios en Estados Unidos y lo envían a un colegio militar en las cercanías de Nueva

York. Los progenitores lo acompañan y permanecen con él los primeros días. En una ocasión y mientras comían en un restaurante, el paciente se siente incapaz de cortar la carne y se lo reclama el padre en una forma violenta, diciéndole que ni siquiera eso puede hacer por sí mismo.

En julio de 1970, A. ingresa en la escuela militar y desde un principio demuestra grandes dificultades por no poder entender las clases que se imparten. Sus conocimientos del inglés son tan escasos que apenas podía comprender una que otra palabra. El enfermo comienza a interceptarse y a huir a su mundo de fantasía, autismo que le resulta menos doloroso que enfrentarse a un mundo impenetrable. Durante estos meses sostiene numerosas peleas, todas ellas con alumnos norteamericanos hacia los que siente una extremada hostilidad. Su refugio reside con los estudiantes latinoamericanos con los cuales convive.

En diciembre de 1970 y por consejo del padre, A. es enviado a Milwaukee para conocer la fábrica a la cual él representa en México. Vive durante varias semanas con una familia americana y es en ese momento cuando comienza a experimentar ideas de referencia. Siente que todo lo que se dice va dirigido a él y que la dueña de la casa lo llama "maricón" (queer). Por otra parte piensa que esta mujer intenta seducirlo y que le pregunta qué le parecen sus piernas. Algunas ideas se van concatenando a otras y transformándose en delirantes, cuando durante una fiesta presente que lo están intentando emborrachar, para que demuestre ante los invitados lo homosexual que es.

En la fábrica casi no puede trabajar, pues cualquier detalle es motivo de suspicacia. Sin embargo, la presencia de los padres en la Navidad lo hacen sentir menos angustiado.

A. regresa a la escuela a mediados de enero y permanece extremadamente desadaptado repitiéndose las ideas de referencia. En los comienzos de junio un día el paciente abandona el internado escapándose en un tren a Nueva York, donde pasa el día en el Central Park, siendo encontrado por la policía que lo regresa al colegio. Sus padres fueron avisados e inmediatamente después es traído a la ciudad de México, en donde es llevado a mi consultorio.

Desde su nacimiento hasta el primer año de su vida el paciente fue privado de los objetos iniciales con los cuales se relacionó. A pesar de su desconocimiento de haber sido adoptado, parecería que inconscientemente A. conoce las diferencias que existen entre él y sus padres.

En su nuevo hogar se enfrentó con una relación madre-hijo, en la cual predominó la ansiedad e inseguridad de ella. Se podría decir que se establece una relación de amor y rechazó en una forma continua, puesto que la figura materna era extraordinariamente restrictiva.

Los primeros años escolares se caracterizaron por ciertos éxitos iniciales, que tendían a satisfacer más a la madre que al propio enfermo. Sin embargo, no se prestó mayor atención al pobre ajuste social que A. realizaba. Durante este periodo de su vida el no obtener calificaciones elevadas significaba la pérdida del amor materno. En sus relaciones con los demás niños, el paciente se mostró tímido y más bien permanecía solitario. En sus juegos no tomaba posiciones activas y siempre se sentía afectado por las bromas de sus compañeros.

Al llegar al periodo de la latencia hubo un intento de rebelión en contra de la figura materna y por ello se tornó desafiante en la escuela, buscando amistades con objetos que provinieran al igual que él de una posición humilde. Posiblemente el yo de por sí debilitado con gran ambivalencia hacia la madre y fijación homosexual con el padre, se haya comenzado a resquebrajar.

Se puede percibir que la relación padre-hijo se basó en la castración de este último. La posición agrandada del padre adoptivo al mismo tiempo que el anuncio de sus éxitos crearon una situación de mayor empequeñecimiento del paciente. El concepto exaltado junto con ciertas habilidades reales y al mismo tiempo la devaluación de la madre formaron un yo extremadamente débil frente a un *superyo* sádico.

A partir de los 16 años y debido a los eventos externos se demuestra en forma palpable que los métodos adaptativos del yo se presentaron definitivamente insuficientes. La situación de haber sido colocado en inferioridad de condiciones en un medio difícil con predominio de autoridades militares, provocaron la regresión y el autismo que obligan al enfermo a refugiarse en el mundo de fantasía. Su manejo de la realidad se empobrece y se produce el severo problema de la comunicación antes relatado.

En diciembre y al ser trasladado a Milwaukee, las primeras ideas de referencia surgen al encontrarse frente a una mujer seductora y sentirse castrado ante ella. Su retorno a la escuela no impide el quiebre psicótico definitivo que tiene lugar en diciembre cuando escapa a Nueva York.

BIBLIOGRAFÍA

- AKERFELDT, S. *Oxidation of N'N' Dimethyl-p-phenylenediamine by Serum from Patients with Mental Disease*. Science 125:117. 1957.
- ARIETI, S. *Schizophrenia*, en *American Handbook of Psychiatry*. Ed. Arieti, S. Basic Books. Vol. I:24-25. New York, 1959.
- ARIETI, S. *Schizophrenia: The Psychodynamic Mechanisms and the Psycho-*

- structural Forms*, en *American Handbook of Psychiatry*. Ed. Arieti, S. Basic Books. Vol. III. New York, 1974.
- BELLACK, L. *Dementia Praecox. The Past Decade's Work and Present States. A Review and Evaluation*. Grune Straton. New York, 1948.
- BEMPORAD, J. y PINKSTER, H. *Schizophrenia: The Manifest Symptomatology*, en *American Handbook of Psychiatry*. Ed. Arieti, S. Basic Books. Vol. III. New York, 1974.
- BERGEN, J. *Possible Relationship of Plasma Factors to Schizophrenia*, en *Molecular Basis of Mental Activity*. Academic Press. New York, 1967.
- BLEULER, E. *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias*. International Universities Press. New York, 1911.
- BOYER, B. y GIOVACCHINI, P. *Psychoanalytic Treatment of Characterological and Schizophrenic Disorders*. International Science Press. New York, 1964.
- BUMKE, O. *Tratado de las enfermedades mentales*. F. Seix. Barcelona, 1927.
- DESPERT, L. *Prophylactic Aspects of Schizophrenia in Childhood Nervous Child*. 1:119-231. 1942.
- ESQUIROL, J. *Mental Maladies. A Treatise on Insanity*, en *The Development of Traditional Psychopathology*. Altschule, M. Halsted Press Book. 1976.
- FREEMAN, T., CAMERON, J. y MCGHIE, A. *Studies on Psychosis*. Tavistock. London, 1965.
- FREUD, S. *Psychoanalytic Notes on an Autobiographical Account of a Case of Paranoia*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. XII. London, 1911.
- GARDNER, G. *Evidence of Homosexuality in 120 Unanalyzed Cases with Paranoid Content*. *Psychoanal. Rev.* 18:57-62. 1931.
- HEATH, R. G. *Studies in Schizophrenia*. Harvard. Cambridge, 1954.
- HECKER, E. *Die Hebephrenie*, en *The Development of Traditional Psychopathology*. Altschule, M. Halsted Press Book. 1976.
- JACKSON, D. *A Critique of the Literature on the Genetics of Schizophrenia*. Basic Books. New York, 1959.
- KAHLBAUM, K. *Die Katatonie*, en *The Development of Traditional Psychopathology*. Altschule, M. Halsted Press Book. 1976.
- KAHLBAUM, K. *Die Gruppierung der psychischen Krankheiten*, en *The Development of Traditional Psychopathology*. Altschule, M. Halsted Press Book. 1976.
- KALLMAN, F. *The Genetics of Schizophrenia*. J. Augustin. New York, 1938.
- KALLMAN, F. *The Genetics of Psychoses*. *Amer. J. Human Genetics*. 2:385-390. 1950.
- KASANIN, J. *The Parent-Child Relationship in Schizophrenia*. *J. New Ment. Dis.* 79:249-263. 1934.
- KLAF, F. y DAVIS, C. *Homosexuality and Paranoid Schizophrenia. A Survey of 150 Cases and Controls*. *Amer. J. Psychiat.* 116:1070-1075. 1960.
- KRAEPELIN, E. *Lehrbuch der Psychiatrie*. A. R. Defendorf. VI Ed. 1899.

- LASEQUE, C. *Du delire de persecution*, en *The Development of Traditional Psychopathology*. Altschule, M. Halsted Press Book. 1976.
- LEWIS, D. y PIOTROWSKI, Z. *Clinical Diagnosis of Manic Depressive Psychosis*, en *Depression*. Hoch, P. y Zubin, J. Grune Stratton. New York, 1954.
- LIDZ, T., CORNELISON, A., FLECK, S. y TERRY, D. *The Father in the Intra-familial Environment of the Schizophrenic Patient*, en *Advances in Psychiatry*. Norton. 1957.
- LIDZ, T. *The Origin and Treatment of the Schizophrenic Disorders*. Hutchinson, London, 1975.
- LOZOVSKY, D. y MUSHENKO, B. *Damaging Membranotropic Effect in Schizophrenia*, citado por Frohman, Ch. y cols. en *Biological Psychiatry*. 1:377-385. 1969.
- MACHT, D. *Phylotoxic Blood Serum in Medicine*, citado por Frohman, Ch. y cols. en *Biological Psychiatry*. 1:377-385. 1969.
- MOORE, R. y SELZER, M. *Male Homosexuality, Paranoia and the Schizophrenias*. Amer. J. Psychiat. 119:743-747. 1963.
- MOREL, F. *Traité des maladies mentales*, en *The Development of Traditional Psychopathology*. Altschule, M. Halsted Press Book. 1976.
- OPPLER, M. *Schizophrenia and Culture*. Scientific American. August, 1957.
- PEREYRA, C. *Esquizofrenia*. Acta Neuro-Psychiat. Arg. 3:187-194. 1957.
- PINEL, P. *Traité medico-philosophique sur l'alienation mentale*, en *The Development of Traditional Psychopathology*. Altschule, M. Halsted Press Book. 1976.
- POLLIN, W., ALLEN, A., HOFFER, J., STABENAU, J. y HRUBEC, Z. *Psychopathology in 15909 Pairs of Veteran Twins*. Amer. J. Psychiat. 126: 597-609. 1969.
- TIETZE, T. *A Study of Mothers of Schizophrenic Patients*, en *Advances in Psychiatry*. Norton. 1949.
- WYNNE, L. y SINGER, M. *Thought Disorder and Family Relations of Schizophrenic*. Arch. Gen. Psychiat. 9:191-206. 1963.

CAPÍTULO XII

EL SUICIDIO

De acuerdo con Ernest Jones, existían en Freud una serie de características que lo conducían a hablar constantemente sobre el tema de la muerte. Aun en los primeros años de la amistad entre ambos, el psicoanalista vienés tenía el hábito desconcertante de despedirse de las personas diciendo: "Adiós, tal vez nunca más me vuelva a ver." Freud sufría ataques repetidos de temor a la muerte y odiaba la idea de envejecer desde que contaba apenas 45 años de edad. En una ocasión llegó a decirle a Jones que pensaba todos los días en su propia defunción, lo cual es poco común en la mayoría de los seres humanos.

Otra evidencia de la preocupación de Freud con la muerte, se encuentra en sus frecuentes pero incorrectas predicciones sobre la fecha de su fallecimiento y también en su insistencia en seguir fumando cigarros aunque ya sufría de un cáncer maxilar, que finalmente lo conduciría a la pérdida de la vida.

Resulta por ello interesante tocar en este capítulo el tema del suicidio, cuyos aspectos principales han sido, en forma negligente, escasamente desarrollados por el Psicoanálisis. Tal vez el origen de esta situación parta de la exigüidad de renglones que Freud dedicó a la Psicodinamia del suicidio en la enorme obra que escribió.

La primera mención sobre esta materia aparece en la *Psicopatología de la vida cotidiana* en 1901, en la que apunta al referirse a los actos accidentales, que en todos ellos siempre existe una búsqueda del auto-castigo. Freud asegura a continuación que aun en el hecho consciente de cometer un suicidio se escoge: el tiempo, los medios para llevarlo a cabo y la oportunidad para ejecutarlo.

En una nota corta de *Totem y Tabú* (1913), el descubridor del Psicoanálisis afirma que los impulsos hacia la autodestrucción de un neurótico, pueden ser deseos de castigo dirigidos hacia otra persona.

En *Duelo y melancolía* de 1917, Freud afirma que el problema del individuo que atenta contra su propia vida reside en el sadismo, lo cual

hace el tema de la depresión interesante, pero al mismo tiempo peligroso. Tan inmenso es el amor que uno siente hacia sí mismo (como resultado del estado inicial de la vida instintiva), que es casi incomprensible cómo el *yo* puede consentir en su propia destrucción. Acto seguido, Freud agrega que, por lo general, los neuróticos experimentan impulsos homicidas que terminan volcándose contra ellos mismos. Es decir, que el *yo* no puede darse muerte, sino cuando el retorno de las cargas objetales, le hacen tratarse como el propio objeto; lo cual significa que cuando dirige la hostilidad que siente contra el mundo externo en oposición a la propia vida, el ser humano se autodestruye.

El psicoanalista finaliza comparando el enamoramiento con el suicidio, que son situaciones extremas y al mismo tiempo en oposición, a través de las cuales el *yo* resulta totalmente dominado por el objeto. Tal vez valdría la pena agregar aquí, que existe una identificación con el mismo. Cuando se atenta contra la propia vida el objeto se ha perdido y una nueva dirección del impulso agresivo permanece representada dentro del *yo*.

En 1920 en la *Psicogénesis de un caso de homosexualidad en una mujer*, Freud describe a su única paciente que realizó un intento de suicidio. Parece ser que ninguno de los enfermos tratados por el psicoanalista consumó el acto encontrándose en terapia con él.

La preferencia de Freud por la explicación instintiva lo llevó a ver la agresión como una evidencia del impulso de muerte. En *Más allá del principio del placer* (1920) atribuye el problema de la destructividad del ser humano a sus instintos. La compulsión a la repetición, que es simplemente un acto que ocurre en las actividades infantiles al igual que en el tratamiento de neuróticos por medio del Psicoanálisis, exhibe un alto grado de un componente instintivo. A partir de aquí Freud elabora que existe una tendencia propia de lo orgánico para encontrar su estado anterior. Sin excepción alguna tenemos que aceptar que todo lo viviente muere, al igual que lo inanimado existía antes que lo animado. Los instintos de conservación y de búsqueda del poder son parciales y están destinados a asegurar al organismo su peculiar camino hacia la muerte. En este mismo contexto, Freud cita a Schopenhauer, para quien morir es el verdadero resultado de la vida y por ello su único objeto.

Por otra parte los instintos sexuales persiguen la continuación de la vida al conjugarse las células germinales. A través de ese proceso ellas son salvadas de la senescencia y se rejuvenecen. A continuación de esto, Freud discute la teoría de Weismann, para quien existe una parte mortal llamada soma y otra inmortal que está constituida por las células germinativas. Esta diferenciación es únicamente válida para los organismos

multicelulares, pues según el biólogo en los animales unicelulares la parte somática y la procreativa es una sola y, por lo tanto inmortal. El psicoanalista asegura que los infusorios ciliados morirán indefectiblemente si es que permanecen en el mismo medio, como resultado de sus propios procesos vitales. Por lo tanto, según Freud ni aun la Biología contradice la existencia de un instinto hacia la muerte. Inmediatamente agrega que el sadismo es realmente resultado de este impulso que fue expulsado del yo por el instinto sexual naciente, en tanto que el masoquismo es el retorno del sadismo en contra de uno mismo.

En el capítulo segundo de este libro discutimos el tema de la existencia de un impulso de muerte y consideramos que sería más adecuado aceptar simplemente una tendencia a morir abandonando la idea de un instinto. Hubiera asimismo sido importante que Freud volviera a ocuparse sobre el tema del suicidio a partir de 1923, cuando ya contaba con los reproches de la tercera estructura psíquica o sea el *superyo*.

Cada especie animal parece tener un tramo fijo que recorre en su vida. Un solo día existen numerosos insectos, seis años en el caso de los anfibios y quince los caninos. En los seres humanos, gracias al avance de la medicina, el límite es algo menor a los 80 años. Se podría afirmar que existe un reloj biológico el cual funciona con una secuencia regular y que indefectiblemente nos conduce hacia la vejez y la muerte.

Recientemente se ha observado a través de las evidencias obtenidas en los laboratorios, que la longevidad depende de la sobrevivencia de los billones de células que componen el cuerpo humano. Los tejidos, con la excepción del nervioso, muscular y renal están renovándose constantemente.

El cuerpo que uno posee ha cambiado radicalmente en el transcurso de unos cuantos años. Este canje es llevado a cabo por medio del proceso de la mitosis o división celular. La destrucción de los tejidos y su permuta se guarda dentro de los límites del crecimiento. Sin embargo, algunos biólogos empezando por Weissman, citado ya por Freud en 1920, estaban convencidos que las células que fueran colocadas en un medio adecuado continuarían multiplicándose eternamente.

En 1952 G. Gey colocó un tejido extraído del cervix uterino en un cultivo apropiado y efectivamente las células han florecido produciendo el famoso conglomerado HELA, que ha continuado su desarrollo en los laboratorios de todo el mundo. No obstante, desde el comienzo de los años sesenta, los investigadores descubrieron que las supuestamente inmortales células habían sufrido una desagradable metamorfosis.

Las mutantes HELA contenían 50 a 350 cromosomas en contraste con los 46 habituales. Cuando eran examinadas al microscopio su apariencia

se había alterado y al ser inyectadas a los animales de laboratorio producían tumores cancerosos.

En otras palabras, la inmortalidad tiene su precio, la transformación de la célula en maligna y la adquisición de una morfología grotesca. Es decir, las células pueden dividirse un sinnúmero predeterminado de ocasiones, pero al llegar a su límite tendrán que perecer. Es por ello, que aunque no estemos totalmente de acuerdo con la existencia de un instinto de muerte, sí resulta innegable que parece programarse un plan biológico que nos lleva a la desaparición física.

Karl Menninger (1938) es uno de los pocos autores que ha mantenido la idea, que el suicidio es resultado de la lucha entre los instintos de vida y de muerte. Todos los actos autodestructivos serán provocados por un conflicto entre el impulso agresivo dirigido contra el *yo* y una tendencia para la autoconservación.

Además, el psicoanalista norteamericano formula una de las mejores clasificaciones de los individuos suicidas de acuerdo con sus motivaciones esenciales: 1. El deseo de morir; 2. El deseo de matar, y 3. El deseo de ser muerto. La persona que anhela morir quiere básicamente escapar de algo insatisfactorio en su propia vida y puede encontrarse en un estado de sufrimiento, tanto desde el punto de vista psicológico como físico. El individuo que ansía matar puede ver en el suicidio un acto de desquite que inflige sufrimiento y culpa a otras personas. Finalmente el ser humano que quiere ser destruido aspira a un castigo por un acto o pensamiento que considera malo.

Parecería que las formulaciones psicoanalíticas acerca de la agresión volcada contra uno mismo son válidas, como ha observado Hendin (1964) al realizar una investigación sobre el suicidio en los países escandinavos. Según las estadísticas en Suecia y Dinamarca el margen que resulta es sumamente elevado de 17 por 100 mil habitantes, mientras que en Noruega apenas alcanza un promedio mundial de 7 por 100 mil en un año.

De acuerdo con este autor, en Suecia se actúa el suicidio debido a las altas expectativas que los padres piden de sus hijos, provocando con ello intenso odio contra uno mismo ante el fracaso. También Hendin, llegó a observar una gran frialdad y distancia en las relaciones interpersonales. En Dinamarca existe un exceso de dependencia, actitudes pasivas y sentimientos insufribles ante el abandono. Los hijos presentan una tremenda disposición a la culpa provocada por los padres.

Por lo contrario, en Noruega la agresión puede ser expresada externamente. El niño obtiene gran libertad física desde edad temprana. La mayoría de los habitantes de ese país son más violentos y menos afectados que los otros escandinavos. Durante la segunda Guerra Mundial los

noruegos mostraron mayor odio hacia los conquistadores que los daneses y por ello ofrecieron gran resistencia ante los alemanes.

Podríamos concluir que, desde el punto de vista psicoanalítico, el suicidio es siempre resultado de una pérdida de una meta u objeto y que el odio hacia éste, es trasladado al propio yo. Es decir, que el suicida no puede colocarse en un estado de duelo, porque su yo ha quedado irreparablemente dañado, debido a los diferentes desengaños que ha sufrido.

Psicopatológicamente podríamos decir que siempre existen dos impulsos en la persona con sentimientos autodestructivos, uno por sobrevivir y otro en favor del suicidio. En la melancolía podemos observar que la mayoría de los autorreproches van en realidad dirigidos hacia los demás objetos y que éstos se han tornado internamente en contra de uno mismo. Siempre advertimos que las acusaciones son homicidas. El suicidio es simplemente el paso de una sentencia de muerte, que en el fondo será ejecutada por la propia víctima.

Freud pudo observar que en el proceso del duelo, el objeto perdido puede ser remplazado por otro. En la melancolía las ligas de este objeto no pueden ser transferidas. El suicida se encuentra entre estos dos casos: por un lado está hundido en su propio duelo identificándose con el objeto. La humillación narcisista es tan grande que lleva a la devaluación total del yo y el resultado final es tan desintegrante, que la única salida es la propia muerte.

En realidad podría decirse que en todo intento suicida existe la fantasía de ser salvado. Este deseo es en el fondo un proyecto de restablecer la relación original con el objeto primario. Como Freud aseguraba, el que se autodestruye planea su propia ejecución con una avidez de morir, que se enfrenta en contra del afán por vivir y ser rescatado.

Resulta difícil determinar la relación entre las entidades nosológicas en Psiquiatría y el suicidio. Kraepelin en 1917, indicaba que el desorden mental, podría ser establecido por lo menos en un tercio de los individuos que lo consumaban.

La mayoría de los autores piensan que la melancolía es un factor fundamental en el acto suicida, mas no es raro el observarlo en los pacientes esquizofrénicos. Lo cual no debe resultar desconcertante, dado que mi impresión desde un principio fue que la depresión es simplemente un síntoma que puede presentarse dentro de cualquier enfermedad mental y por lo tanto puede llevar a un paciente con demencia precoz a su propia destrucción.

No obstante, un intento por relacionar el suicidio con diferentes desórdenes psíquicos fue iniciado por E. Robins y colaboradores en 1954, cuando entrevistaron a los sobrevivientes de 109 intentos de suicidio, de los

cuales solamente dos murieron. De acuerdo con este autor, las dos terceras partes de los sujetos fueron diagnosticados dentro de cinco entidades diferentes: psicosis maniaco-depresiva (que incluía la involutiva), personalidad psicopática, alcoholismo crónico, histeria y demencia. La tercera parte restante pertenecía a otras categorías psiquiátricas. En lo que respecta a este primer estudio, los observadores señalaron que los enfermos depresivos podían repetir su intento; no así los otros pacientes.

Una investigación posterior llevada a cabo por el mismo autor en 1959 con 134 suicidios consumados y subsecuentes entrevistas con familiares y compañeros de los fallecidos; demostró que el 94% de ellos estaban mentalmente enfermos y 68% sufrían depresiones severas y alcoholismo crónico.

T. Allen (1967) se ha interesado en el suicidio y la paranoia y ha observado que ésta maneja su deseo autodestructivo atribuyéndolo en una proyección a los demás. Es decir, coloca afuera su idea de matarse, asegurando que los demás intentan efectuarlo con él. Por medio de este sistema el paranoico se siente a salvo, puesto que puede eludir a sus enemigos escondiéndose. Si la amenaza fuera interna nunca podría escaparse del objeto temido.

La experiencia de que la autodestrucción es en el fondo la agresión volcada contra uno mismo ante la pérdida de un objeto trascendental en la vida, puede ser observada en los suicidios de personajes históricos. Todos ellos sucedieron ante la pérdida del poder y de la persecución como resultado de la adversidad y fracasos que sufrían. Ejemplos de lo anterior son: Aníbal, Bruto, Marco Antonio y Cleopatra, Hitler, Goebbels, etc.

Existe asimismo evidencia de que depresiones profundas llevaron al suicidio a un buen número de personajes ilustres, fenómeno que probablemente sucede en ellos mayormente que en la población general. Muestras de lo anterior son los escritores: Jack London, Virginia Woolf, Stefan Zweig, Ernest Hemingway, etcétera.

Podemos concluir, que el suicidio es el acto voluntario e intencional para la autodestrucción y que constituye un problema social y psicológico de gran magnitud. En realidad se puede decir que ocupa el décimo lugar entre las principales causas de muerte, pero que representa un aspecto de mayor importancia, no solamente por las víctimas que cobra; sino por el enorme número de intentos fallidos que puede ser diez veces mayor que el de defunciones.

Los métodos que se utilizan para llevar a cabo el suicidio varían considerablemente. Las armas de fuego provocan más de la mitad de las muertes y siguen en orden de importancia: ahorcarse, uso de somníferos, gas, saltar desde alturas, venenos, ahogarse o seccionarse las arterias. La incidencia es tres veces mayor en los divorciados o viudos y la generali-

dad de las víctimas cuentan con más de 45 años de edad. Es más frecuente entre los protestantes que los católicos. Hendin (1969) piensa que se está incrementando entre los negros.

Las investigaciones parecen indicar que existe cierta tendencia entre los suicidas de conductas similares aprendida de otros miembros de la misma familia. Aunque no se conoce con exactitud cómo se produce la asociación, podríamos inferir que puede presentarse una permisividad *super-yoica* transmitida de padres a hijos.

EL MANEJO DEL DEPRESIVO SEVERO DEL SUICIDA

Algunas personas se preguntarán la razón de dedicar unas líneas al tratamiento del suicida, cuando no lo hemos hecho en capítulos anteriores con los histéricos, obsesivos o esquizofrénicos. En primer lugar debo de decir que en apartados posteriores me ocuparé de la terapia en general y de las técnicas utilizables en los diferentes casos, pero por otra parte el manejo del paciente autodestructivo requiere modificaciones al procedimiento que deben ser analizados aquí mismo.

El individuo severamente deprimido ha perdido un objeto o la meta que representa a éste, pero al mismo tiempo se siente profundamente culpable de su agresión, con la cual nos amenaza a través del suicidio. Esto sucede probablemente en la misma forma que lo hacían sus padres intimidándolo por medio del abandono.

Si el postulado anterior es correcto y la pérdida de objeto es la esencia de la depresión, el movimiento terapéutico inicial, será suplir una nueva relación objetal en la transferencia. Por lo tanto, esta sustitución estará caracterizada por los mismos elementos que compusieron la relación anterior. Es decir, la base de ella será la ambivalencia y la solución estará encaminada a buscar la descarga de la agresión contenida. Podemos asegurar que la hostilidad del suicida es más intensa, porque no puede ser dirigida en contra de un objeto del mundo externo.

La expresión del odio internalizado constituye la base para sacar adelante al enfermo melancólico. Si éste manifiesta su rabia en la situación terapéutica el riesgo de que atente en oposición a su vida disminuye.

Es por ello que la agresión y críticas que el paciente nos hace, deben ser aceptadas y resulta esencial que la hostilidad se ponga en evidencia en una forma abierta y que no permanezca latente. Esto resulta especialmente importante en la salida de la depresión, dado que es en este instante, como señalaba Zilboorg (1937) que el desquite en contra del objeto es más marcado. En las etapas profundas de la depresión, como describimos

en el capítulo VI, se observa la casi total parálisis de cualquier actividad como resultado de la honda regresión que el enfermo experimenta.

El deprimido está buscando un castigo y si el terapeuta no se lo proporciona, irá a encontrarlo en cualquier otro sitio. Tal vez por esta razón los electrochoques han tenido una gran efectividad en el tratamiento de las melancolías severas.

El problema estructural del paciente está constituido por un *yo* masoquista que actúa coartado ante un *superyo* sádico. Para salvarle la vida debe buscarse que el odio internalizado sea volcado hacia los objetos externos. Un ejemplo bastará para explicar la anterior situación: Una enferma profundamente deprimida penetró en mi cuarto de consulta, mientras yo contestaba el teléfono en la sala de espera. En los minutos entre una entrevista y la siguiente, había dejado abierta la ventana con el objeto de ventilar la habitación. A mi regreso para iniciar la sesión cerré el vidrio y fue entonces cuando la paciente me dio las gracias, añadiendo a continuación que había pensado en arrojarse a través del hueco. Mi interpretación no se hizo esperar y fue que: ella tenía que hacerse responsable de su acto y le hice ver la reacción de los distintos objetos importantes de su vida ante él. Su marido, relativamente joven, se volvería a casar. Los hijos quedarían huérfanos, pero algunos de ellos ya eran casi adolescentes. Su suegra que no la quería, es probable que sintiera cierta alegría, etcétera. En lo que respecta a mí (contratransferencia), unos días estaría afligido, pero que desde luego me repondría de ello y no tendría que sufrir por el resto de mi vida las consecuencias. Otra persona tomaría su lugar.

Es decir, en este caso como en muchos otros la enferma amenazaba al terapeuta en la misma forma que su padre lo hacía frecuentemente durante su infancia. Al no encontrar la angustia que esperaba como una reacción de los objetos y que su acto no provocaría la intimidación del analista, éste ya no tenía razón alguna para ser ejecutado. En otras palabras, se evitaba que el *superyo* patológico actuara destructivamente sobre el masoquismo de la paciente. Al mismo tiempo obligaba al *yo* a concebir hostilidad real hacia un terapeuta que era sentido como: rígido, frío e inmovible ante un suceso cuyas consecuencias no eran las esperadas.

Otro problema importante en el manejo del deprimido severo, lo constituye las enormes demandas orales que constantemente realizan los pacientes. La eliminación de la melancolía no quiere decir que los rasgos profundos del carácter hayan sido suprimidos. Los aspectos demandantes, de súplica y hasta de pegasosidad deben ser confrontados incesantemente, pues es frecuente que provoquen reacciones contratransferenciales negativas. En mi opinión son estas conductas características con las implora-

ciones del deprimido las que provocan numerosos fracasos terapéuticos. Resulta difícil aceptar con paciencia a estos enfermos increíblemente aburridos en comparación a los neuróticos verbales o a los procesos primarios fácilmente perceptibles en los esquizofrénicos. Los melancólicos producen con frecuencia derrotas a los esfuerzos terapéuticos, a menos que todos estos aspectos les sean interpretados.

ILUSTRACIÓN CLÍNICA

J. es un hombre de 30 años de edad. De buena estatura, delgado y derecho. Facciones algo toscas. Cabello negro y lacio. Ojos de tamaño mediano con apertura palpebral algo oblicua. La mirada franca, aunque en algunos instantes llevándola a la lejanía, como si hubiera ensoñación. Se podría decir que el conjunto de la fisonomía demuestra un hombre no bien parecido, adusto y algo serio. Vestía con limpieza, ropa poco costosa. Su hablar era lento y pausado. El afecto se encontraba deprimido a consecuencia de los últimos acontecimientos.

El paciente había sido traído de Nueva York por su familia a raíz de un grave intento de suicidio en el cual había ingerido un frasco completo conteniendo barbitúricos. Tuvo que ser internado en un hospital para que se verificara un lavado de estómago y después de ello el analista que lo trataba y los familiares decidieron que era mejor que viniera a México, donde éstos habitaban.

En los últimos tres años J. había estado bebiendo en una forma excesiva, llegando al punto de que no le importaba lo que ingería, con tal de que contuviera alcohol. Durante estos episodios se tornaba agresivo y llamaba a su psicoanalista llegando a insultarlo por teléfono. Además el enfermo presentaba ideas de culpa intensas que lo condenaban por su conducta homosexual, y sobre todo por haber practicado actos de felacio por los que imaginaba sabores desagradables en la boca.

J. es hijo de un médico especialista de origen judío que era alcohólico ocasional, por lo que trabajaba irregularmente. Gastaba el dinero en forma fácil y se complacía en asistir a centros nocturnos. Había algo inconsistente en el padre, pues pasaba de estados de euforia a depresiones severas. El progenitor de J. murió cuando éste contaba con 12 años, a consecuencia de un infarto del miocardio.

La madre de J. es en la actualidad una mujer de 55 años de edad. Dominante y disciplinaria. Siempre controló la agresión de sus hijos y fomentaba la dependencia de éstos. El enfermo era su favorito, pero puede decirse que le prohibía la expresión de toda conducta masculina.

J. cuenta con un solo hermano dos años menor que él. La relación

entre ambos parecía ser positiva, pues se visitaban con frecuencia, aunque vivían en dos países distintos.

El paciente nació en Londres en 1938, pero la familia emigró a los Estados Unidos al comenzar la guerra mundial. Allí vivieron en California hasta la muerte del padre, cuando decidieron venir a México en donde un hermano de la madre había alcanzado una posición económica brillante.

Puede decirse que J. fue cambiando frecuentemente de países durante casi toda su infancia. Sus primeros recuerdos, por lo tanto, se refieren a estos traslados. El paciente asiste a la escuela desde los 6 años y siempre fue un estudiante excelente. Sin embargo, no puede decirse lo mismo de sus relaciones interpersonales, que desgraciadamente estuvieron teñidas de intensas rivalidades.

A la edad de 12 años J. se dio cuenta de su atracción homosexual y por ello se volvió muy dependiente de algunos compañeros. A los 14 años, inició actividades masturbatorias con un amigo. Al final de la adolescencia había tenido algunas relaciones sexuales en las que siempre era penetrado.

Al terminar la escuela preparatoria J. decidió continuar sus estudios en Estados Unidos y logró graduarse con honores en historia. Por ello obtuvo un puesto como profesor en una universidad de Nueva York.

Vivía solitario en un departamento atestado de libros. Ostentaba gran cultura, leyendo por lo general autores selectos. Podría decirse de él que era una especie de *dilettanti*, que conocía la música clásica y sentía gran afecto hacia la pintura.

Sin embargo, toda su vida sexual y emocional era un profundo fracaso. Buscaba relaciones homosexuales en las que era casi siempre dañado. Se veía obligado a pagar por ellas y en numerosas ocasiones necesitaba denigrarse con seres definitivamente inferiores. Todas ellas lo llenaban de hostilidad y de culpa, pero masoquistamente las volvía a repetir. La búsqueda de alguna liga afectiva se convertía en una dependencia que al final dejaba un vacío emocional que lo colocaba en severas depresiones.

Un año antes del intento de suicidio J. había iniciado una relación cercana con un hombre menor de origen europeo que aparentemente no era tan homosexual como el enfermo se había imaginado. Su enamoramiento hizo la inclinación difícil y finalmente sobrevino el abandono por el cual el paciente atentó contra su vida.

El Psicoanálisis comenzado en Nueva York quedó interrumpido. El enfermo trabajó conmigo por más de dos años y con ello su depresión cesó, a través del manejo de su agresión. Aquí abrió una librería y en apariencia algunos avances fueron conseguidos. Sin embargo, el alcoholis-

mo siguió constituyendo un problema terapéutico fundamental y sería interesante referir aquí que tratando de gratificarme J. se dedicaba a manifestar a las gentes cercanas los éxitos alcanzados por su análisis. A los pocos días y debido a una intoxicación por alcohol sufría un accidente de tal magnitud que tuvo que ser llevado a un hospital. Este aparente masoquismo iba en el fondo mezclado con un impulso sádico de destruir al tantas veces alabado terapeuta. Desgraciadamente la vida de J. le permitía continuar ingiriendo bebidas tóxicas y mi intervención fue que no aceptaría continuar el análisis a menos que hubiera un control a través de Alcohólicos Anónimos. La actitud de la familia demasiado permisiva y la hostilidad que muchos de sus miembros manifestaban contra el tratamiento, fomentó que J. lo abandonara.

Tres meses después supe de su muerte por arma de fuego, con un disparo que perforó el abdomen.

BIBLIOGRAFÍA

- ALLEN, T. *Suicidal Impulse in Depression and Paranoia*. Inter. J. Psychoanalysis. 48:433-438. 1967.
- EGGEN, R. *Chromosome Diagnostics in Clinical Medicine*. Ch. Thomas. Springfield, 1971.
- FREUD, S. *The Psychopathology of Everyday Life*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. VI. London, 1901.
- FREUD, S. *Totem and Taboo*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. XIII. London, 1913.
- FREUD, S. *Mourning and Melancholia*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. XIV. London, 1917.
- FREUD, S. *The Psychogenesis of a Case of Homosexuality in a Woman*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. XVIII. London, 1921.
- FREUD, S. *Beyond the Pleasure Principle*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. XVIII. London, 1920.
- GOLDENSON, R. *The Encyclopedia of Human Behavior*. Doubleday. Vol. II. New York, 1970.
- HENDIN, H. *Suicide and Scandinavia*. Grune Stratton. 1964.
- HENDIN, H. *Black Suicide*. Basic Books. New York, 1969.
- JONES, E. *Sigmund Freud. Life and Work*. The Hogarth Press. Vol. III. 1956.
- LESTER, G. y LESTER, D. *Suicide*. Prentice Hall. 1971.
- KRAEPELIN, E. *Lectures on Clinical Psychiatry*. Wood. New York, 1917.
- McKUSICK, L. *The Mapping of Human Chromosomes*. Scientific American. April, 1971.
- MERLOO, J. *Suicide and Mass Suicide*. Grune Stratton. 1962.
- MENNINGER, K. *Man against Himself*. Harcourt Brace. New York, 1938.
- ROBINS, E., MURPHY, E., WILKINSON, E., GASSNER, R. y KAYES, J. *Some*

- Clinical Considerations in the Prevention of Suicide Based on a Study of 134 Successful Suicides.* Amer. J. Pub. Health. 49:888-899. 1959.
- SCHMIDT, E., O'NEAL, P. y ROBINS, E. *Evaluation of Suicide Attempts as Guide to Therapy.* JAMA. 15:549-557. 1954.
- WEISS, J. *Suicide*, en *American Handbook of Psychiatry.* Ed. Arieti, S. Basic Books. Vol. III. 1974.
- ZILBOORG, G. *Considerations on Suicide with Particular Reference to that of the Young.* Amer. J. Ortho. Psychiat. 7:15-31. 1937.

CAPÍTULO XIII

DEFECTOS SUPERYOICOS Y CONDUCTA ANTISOCIAL

GENERALIDADES

Los epilépticos, así como los individuos crueles y las histéricas, se consideraban antiguamente como víctimas de los espíritus malignos o de los demonios dañinos y de la venganza de los dioses. Llamábase a esa clase de enfermedades "mal sagrado" y los sacerdotes de la antigüedad se apoderaron de todas ellas para su tratamiento. Es necesario añadir aquí que los médicos en aquel entonces eran sumamente ignorantes.

Cuando los síntomas eran complicados se decía que el enfermo estaba poseído o que tenía muchos demonios en el cuerpo, como por ejemplo el demonio del furor, de la injuria o de la bribonería.

En 1690 con la publicación *Essay concerning Human Understanding*, John Locke intentó demostrar que no poseemos ideas innatas, ni principios ingénitos. Puede decirse que hasta ese momento se creía todo lo contrario. De la afirmación del filósofo inglés se deduce evidentemente que necesitamos que entren en nuestro cerebro buenas ideas y excelentes principios, para poder usar la facultad que se llama entendimiento. El hombre nace sin ningún principio, pero al implantarse en él las ideas morales o inmorales, puede inclinarse más hacia la dulzura que hacia la crueldad. Es muy difícil que si no observa en su infancia el imperativo categórico kantiano de que no debe hacerse a los demás lo que no queremos para nosotros, pueda actuar de acuerdo a determinados principios.

Freud fue el primero en sugerir que una parte de nuestra estructura mental juzga nuestras acciones. En 1896 en su segundo trabajo sobre *Las neuropsicosis de defensa*, el genio vienés hace mención de que los reproches que un paciente sufre pueden partir del inconsciente, no obstante no fue sino hasta 1915 en su trabajo titulado *El Inconsciente* en el que Freud incluye entre las actividades del sistema consciente (Cs) y pre-consciente (Pcs): la censura, la prueba de realidad y considera que todas estas funciones pertenecen al yo.

Con la introducción del concepto del narcisismo en 1914, el creador del Psicoanálisis comienza a explicar el sentimiento de culpa y nos sugiere que el narcisismo de la infancia es remplazado en el adulto por la devoción que se siente hacia una nueva entidad a la que denomina el "ideal del yo", que se encuentra situada en el interior de uno mismo. No existe duda de que a partir de este momento, Freud se dio cuenta de que debe existir una agencia psíquica especial cuya función haya de ser medir al yo actual, en relación con su ideal. Un cierto número de actividades serían atribuidas a esta agencia, entre ellas: la conciencia normal, la censura del sueño y algunos aspectos observados en los delirios persecutorios de los paranoicos.

En su trabajo *Duelo y melancolía* de 1917, el médico vienés hace responsable a esta agencia de los estados patológicos del duelo e insiste en que aunque pertenece al yo, debe encontrarse aparte del resto de esta estructura psíquica.

En *El yo y el ello* de 1923, el *superyo* hace por fin su primera aparición y constituye la agencia prohibitiva esencial, pues es a partir de este trabajo que desaparece el ideal del yo. La estructura que absorberá todas sus funciones es el *superyo* que será indudablemente mucho más definitiva en su acción, al obstaculizar al *ello* en todos sus impulsos, o por el contrario aliarse con él en contra del yo.

Según Freud el *superyo* es por lo tanto un derivado de las transformaciones de las catexis objetales y el cambio que sufren éstas en las identificaciones sucesivas que atravesamos a lo largo de nuestra vida. El *superyo* toma el lugar del complejo de Edipo y actúa como una agencia derivada de los ideales de los padres, que funcionará permanentemente a lo largo de nuestra vida.

En la literatura psicoanalítica la escuela kleiniana es la única que sostiene que la formación del *superyo* ocurre en la temprana infancia y que existen fantasías innatas independientes de la percepción externa.

Sin embargo, René Spitz ha demostrado que existe suficiente evidencia sobre los pasos que sigue el *superyo* en su desarrollo. Según este autor, alrededor del noveno mes la madre juzga los actos que el niño hace a través del movimiento del asentimiento o contradicción de su cabeza. El gesto de negación que se observaría al indicar un "no", constituiría el primer precursor del *superyo*.

El lenguaje así como los primeros vestigios de esta estructura aparecen con la identificación materna. El niño comprenderá la desaprobación de los padres y se detendrá en su lucha por hacer lo que quiere. Todos los obstáculos que encuentra se volverán trazas de memoria y forman una parte importante de su crecimiento. El refuerzo de estos recuerdos es explicado por muchos factores, incluyendo los conceptos derivados de la teoría

de la Gestalt. Desde el momento en que la prohibición es una frustración a los impulsos del *ello*, sus trazas de memoria tendrán catexis afectivas específicas. El niño que ha comenzado a relacionarse con los objetos trata de romper los obstáculos que siente debido a sus impulsos agresivos; sin embargo, no existe duda de que permanece en su interior el gesto de la madre que se opone a ello. La energía resultante de esta frustración, puede tornarse en contra de la persona prohibitiva. El conflicto por lo tanto, surgirá entre el instinto libidinoso y el agresivo.

Durante la etapa anal el niño aprende la diferencia entre el mundo interno del impulso y el deseo y las restricciones que se oponen a ello. La existencia de un lenguaje durante esta etapa hace que el niño concipie a través de los inicios de la lógica el conflicto entre sus demandas internas y las restricciones externas.

Según Spitz este proceso se resolvería a través de la identificación con el objeto causante de la frustración. El progreso de esta identificación nos lleva al desarrollo del *superyo*. Éste se cristaliza finalmente durante el conflicto edípico, puesto que como Edith Jacobson ha hecho notar este momento constituiría el grado de máximo peligro debido a la angustia de castración y a la renuncia del objeto de nuestro amor incestuoso por la permanencia de la realidad externa.

En su libro *Evolution in Action*, Julian Huxley nos dice: "El hombre es el único animal que practica lo que los freudianos han llamado represión y se encuentra siempre realizando elecciones conscientes. Es asimismo el solo organismo que tiene consciencia, o sea un sentido de lo que está bien o mal. Por otra parte esto no es obtenido hereditariamente o por implantación divina. Como cualquier parte de nuestras mentes, es una pieza de la maquinaria psíquica construida por el niño para enfrentarse a la situación ambivalente que lo confronta en los años tempranos." Parecería que es sumamente difícil demostrar la represión en los animales que viven en la naturaleza; puesto que carecen del sentido del bien y del mal, característica que sólo adquiere de una manera trascendente la especie humana.

Voy a ocuparme a continuación acerca de la patología del *superyo*. La mayoría de los trabajos publicados a partir de 1923 en que el término fue acuñado, se han referido a la influencia del *superyo* en el desarrollo de las neurosis obsesivo-compulsivas, la esquizofrenia y el duelo y la melancolía.

Los defectos superyoicos y la patología antisocial han sido objeto de estudio a partir de las publicaciones de Adelaida Johnson y S. Szureck. Estos autores han demostrado la transmisión de lagunas en el *superyo* de los padres, los cuales de una manera tácita favorecerían la conducta anti-

social por parte de los hijos. Esto sucede debido a que este comportamiento llenaría los deseos reprimidos de los progenitores que con ello obtendrían una gratificación vicariante. Parecería como si los padres estuvieran enviando un mensaje al hijo: "Yo no lo pude hacer, hazlo tú por mí."

Según Johnson y Szureck (1952), el *superyo* paternal puede ser fuerte, pero presenta defectos en ciertas áreas, a las que estos autores denominan "lagunas superyoicas". La tesis sería que se obtendría gratificación a los impulsos prohibidos a través de los hijos y que por ello los padres darían lugar a cierta permisividad o inconsistencia que provocaría el reforzamiento de la actuación amoral o antisocial.

Los trabajos sociológicos de Eleanor y Sheldon Glueck, así como los de Sidney Axelrad corroboran algunas de estas ideas. Según ellos la identificación de los delincuentes con sus padres ha sido defectuosa y no se ha logrado una resolución del complejo edípico. De los progenitores, el padre está particularmente más alterado pues aunque amenaza, actúa de una manera rechazante y castiga al hijo, generalmente refuerza de una manera inconsciente las actitudes antisociales del mismo.

Resulta interesante señalar que este aspecto de transmisión de las lagunas morales por parte de los padres era conocido por los escritores como se observa en algunas de las novelas de la picaresca española como en *La historia de la vida del buscón*, de Quevedo, o en la más reciente de Thomas Mann, *Las confesiones de Félix Krull*, en la cual la quiebra fraudulenta del padre, desencadena la conducta psicopática del hijo a lo largo de su vida.

Por otra parte llama la atención que la actuación consciente antisocial de los padres hace que los hijos la repriman, como se ha observado en numerosos criminales de guerra nazis. El hijo de Martin Borman es un sacerdote católico, el vástago de Hess un ingeniero industrial, la hija de Herman Goering es estimada por la comunidad en que vive, etcétera; como ha demostrado el periodista francés Nerin Gun.

En un trabajo sobre el secreto Alfredo Namnum ha comprobado en varios casos clínicos el papel que juega el ocultar la idea de la posición económica en una forma u otra y que la omnipotencia del dinero debe mantenerse secreto por los contenidos anales implícitos en él. No existe duda de que el dinero es un símbolo de potencia y que la pérdida del mismo pudiera simbólicamente representar una carencia de la masculinidad.

Para Ernest Jones los más diversos rasgos de carácter son desarrollados en la época del control de esfínteres, puesto que por un lado tenemos: el individualismo, la determinación, la persistencia, el amor hacia el orden y la organización, la generosidad, el interés en el buen gusto y finalmente la habilidad para manejar los objetos concretos del mundo material.

Por otra parte las cualidades más infelices surgen como resultado de esta etapa: la avaricia, el mal temperamento, la irritabilidad, la hipochondriasis, la tendencia a aburrir, la tiranía, la obstinación y seguramente la crueldad hacia la gente y el medio ambiente. El que estas dos tendencias surjan en el mismo estado del desarrollo puede darnos una idea de su importancia. La madre que insista en un control anal estricto y que muestra una actitud compulsiva es probablemente aquella que puede por su dificultad en gozar de la vida, causar un daño irreparable. Creo que una madre con un *superyo* rígido dará lugar a la transmisión del mismo durante el proceso del entrenamiento de esfínteres.

En el presente capítulo pretendo conciliar a través de tres casos clínicos algunas de estas ideas. Es decir, que lagunas superyoicas de los padres, mantenimiento del secreto alrededor del tema origen del dinero, crearon actitudes antisociales en la conducta de los pacientes. Asimismo intento encontrar cierta relación del carácter anal y la psicopatía.

ILUSTRACIÓN CLÍNICA

I. *Primer caso.*

D. fue visto por primera vez en mayo de 1972, contaba con veintiséis años de edad. Era extravagante en su vestir, pues su aspecto llamaba la atención y provocaba la mirada de los que le rodeaban. Sus camisas de colores llamativos y sus pantalones acampanados no conjugaban con sus piernas sumamente delgadas. Su nariz aguileña le daba aspecto de "pájaro benigno". Su cutis de la cara rojizo amoratada denotaba sospecha de un gusto exagerado por los líquidos vinosos. El mirar era inquieto y burlón. En general se podría decir que el conjunto formaba tipo estafalario e inconfundible.

La exterioridad estaba en armonía con la interioridad o sea con su modo de ser. Era mordaz, mal intencionado, grosero, indicando que tenía mañas.

Había sido enviado a tratamiento por su madre y su hermana, después de varios intentos anteriores con dos terapeutas, con ninguno de los cuales permaneció D. más de un mes. Generalmente se argumentaba con él que debía ser tratado por su alcoholismo y sobre todo por la existencia de una úlcera duodenal que había ya provocado dos cuadros sumamente graves de hematemesis.

No quise entrevistarme con la familia como en un principio se pretendía, sino con él directamente con el objeto de ver si era posible ganarme su confianza.

Su conducta cuando estuvo ante mí fue la de guardar la actitud de un

humilde devoto del psicoanálisis. Casi no habló, sino refiriéndose únicamente a que era una víctima de las circunstancias. Cuantas intervenciones tuve, nunca me interrumpió, ni contradijo. Me contó que su problema básico era: el juego. No únicamente apostaba sus propios recursos, sino que se había vuelto sumamente costoso a su familia. Racionalizaba que cada vez que jugaba no podía detenerse con las ganancias que había obtenido.

No paraba porque estaba seguro de que si arriesgaba las utilidades obtenidas en la mesa sacaría mayor provecho todavía. Existía en una forma permanente la idea de que algún día el destino le daría la suerte que anhelaba. Inconscientemente experimentaba el presentimiento de poseer un privilegio especial y poder. Sin embargo, su omnipotencia se encontraba llena de dudas y contradicciones.

La historia de D. es importante. Su padre murió a la edad de cincuenta y cinco años de un infarto del miocardio, cuando después de haber asistido al frontón, se encontraba jugando cartas con unos amigos en un billar capitalino. Había nacido en España y venido a América a la edad de dieciocho años, en donde comenzó a trabajar como simple empleado en "hoteles de paso". Poco a poco fue ahorrando una pequeña suma de dinero y puso a su vez uno de su propiedad, con el que fue acrecentando su fortuna hasta lograr una cadena de "hoteles de paso" que le dejaban cantidades de dinero notables. A la edad de treinta años se casó con su mujer y de esta unión nacieron los dos hijos.

La madre de mi paciente en la actualidad de unos cincuenta años de edad, proviene de una familia venida a menos, que ha constituido su vivir en un representar. En el fondo ella misma es: árida, calculadora e intransigente. Desde la muerte de su esposo su influencia se deja sentir en el campo de las transacciones económicas, pues invirtió todo el dinero proveniente de la venta de la cadena de prostíbulos, en un hotel respetable que se ha convertido en jugoso negocio en la ciudad de México. Es importante señalar su actitud puritana, pues pretende ser católica y se rodea de sacerdotes. Gasta algún dinero en obras de caridad.

Valdría la pena señalar aquí, que siempre se mantuvo a los hijos en secreto en cuanto al origen de la fortuna familiar. D. no supo de la forma como se ganaba la vida su padre hasta los doce años, en que su progenitor lo llevó por primera vez a uno de sus hoteles. Parece que fue hasta entonces en que se dio cuenta que entraban prostitutas a su interior, pues guarda recuerdo de una mujer vestida de rojo y un hombre que penetraron dentro del hotel en aquella ocasión.

Hasta ese instante según él, su vida había sido la de cualquier niño común. Iba en el sexto año de primaria en un colegio católico. Creía que

su padre era un hombre adinerado que tenía que trabajar intensamente por las noches para el sostenimiento del hogar.

A la edad de catorce años y tal vez por esta misma razón, D. fue enviado a un colegio de religiosos en España para que continuara el bachillerato. Permaneció allí por tres años y según su propia descripción, fue en este momento en el que comenzó a tener una actitud antisocial. Se escapaba de la escuela para ir al pueblo cercano y allí frecuentaba los billares. A los dieciséis años ya había tenido contacto sexual con prostitutas. En general, podría decirse que D. es poco afectivo en sus relaciones en el coito. Casi siempre las lleva a cabo con mujeres devaluadas hacia las que experimenta pocos sentimientos. Afirma no haber tenido nunca relaciones homosexuales.

Mientras estuvo en el colegio en España el padre lo iba a visitar una vez al año y le recomendaba ser dócil y obediente. En general aunque lo llevaba de viaje por el país y le compraba cuanto quería, era un hombre bastante distante. Un día en 1965 a la edad de dieciséis años fue llamado por uno de los principales del colegio quien le dijo que su padre había muerto y que tenía que regresar a México.

Una vez aquí, la madre quiso que continuara los estudios preparatorios, pero paulatinamente la situación se fue haciendo más difícil pues D. reprobaba todos los cursos. Escapaba de la escuela y comenzaba a apostar en cuantos garitos encontraba a su paso.

En 1967 la madre que ha decidido cambiar el sistema por el que los ingresos económicos entran en la casa, comienza a construir el hotel respetable antes mencionado y pone en la dirección del mismo a su hijo. Es interesante señalar que D. comienza bastante bien su trabajo en los primeros meses. Poco tiempo después, parte de los fondos desaparecen y son llevados al frontón donde nuestro paciente los invierte en diversas apuestas. La madre decide para detenerlo, poner a su yerno como administrador y se concluye la construcción del hotel.

Lo curioso del caso es que la hermana cuatro años mayor que D. siempre propició la conducta de mi paciente, pues en unas vacaciones en 1970 en lugar de llevarlo a un centro de recreo, decidió que el viaje más propicio sería ir a Las Vegas y allí observó sin intervención alguna de su parte, cómo se dilapidaba el dinero de la familia, en apuestas inútiles.

En 1971 D. que había entablado serias deudas de juego, decidió abrir la caja fuerte del hotel y tomar una cantidad grande de dinero que inmediatamente se jugó, en lugar de pagar a sus acreedores. La madre cubrió la cantidad de la deuda, pero cambió la combinación de la caja de caudales para impedir que su hijo tuviera acceso a ella. A los pocos meses,

frustrado, mi paciente tomó un martillo y rompió el seguro, obteniendo una nueva cantidad de dinero, que naturalmente perdió. Fue entonces cuando se le expulsó del hotel, asignándosele una pensión para que viviera.

D. se separó de su familia y durante algunos meses solamente iba a recoger su renta mensual. Un día la madre fue avisada de que D. se encontraba en la Cruz Roja moribundo debido a una intoxicación alcohólica aguda.

Llama la atención que fue hasta este momento en que la familia decidió poner a D. en tratamiento psiquiátrico, pero como he citado anteriormente, no asistía a las sesiones que le dieron ninguno de los terapeutas. Conmigo D. duró algunos meses. Faltaba a las entrevistas y nunca fue capaz de comprender el uso de la terapia. Su vida consistía en levantarse a eso de las doce de la mañana. Iba a comer indefectiblemente al hotel, en donde para tomar el aperitivo encontraba a un grupo de bebedores en el bar, con los cuales se alcoholizaba antes de dirigirse a lo que él llamaba: "el boliche" (pequeño antro de juego), donde comenzaba las apuestas habituales en las cartas. Por la noche se reunía con otro grupo en el frontón y de allí seguía a otro hotel en donde continuaba apostando. Siempre estaba lleno de deudas e incluso en una ocasión fue encarcelado por ello, pero la familia lo liberó después de una semana de encierro.

Aunque el problema del juego en este paciente tiene cierto interés y para ello podemos remontarnos a los trabajos de Freud de 1927 sobre Dostoievsky. El creador del Psicoanálisis estudió el juego como un derivado de la masturbación en la que se evitaría llegar al orgasmo. En el fondo se buscaría un castigo. En el caso de Dostoievsky, éste permanecía en la mesa de juego hasta que había perdido y entonces daba su palabra de honor a su joven esposa de que ya no jugaría más; para inmediatamente después romperla. Cuando las apuestas habían reducido el dinero a un mínimo, el escritor ruso se humillaba y le pedía a su esposa que lo regañara. Una vez que había descargado su culpa ante su mujer-madre, la situación del juego volvía a repetirse al día siguiente.

Greenson en 1948, quien ha tenido oportunidad de analizar a diversos jugadores, piensa que el apostar sería más bien un mecanismo defensivo en contra de una depresión severa.

Creo sin embargo, que el interés en D. quien identificado con su padre sigue las huellas de éste en el juego, reside más bien en la defectuosa formación del *superyo*. El padre moralizaba, siendo en lo profundo un ser sumamente inmoral. La madre por otra parte ambivalente se casó con un marido cuyo dinero provenía de una ocupación deshonesta, siendo ella aparentemente católica.

El ocultamiento del origen sucio del dinero, así como todos los elementos fingidos por parte de la madre rodeada de clérigos e inauténticamente devota, aprovechando en el fondo la fortuna que disponía, crearon en D. las "lagunas superyoicas" que he descrito.

II. *Segundo caso.*

La primera vez que vi a L. contaba con treinta y cinco años en diciembre de 1973. Era alto, delgado y erguido, con la cara de forma alargada y sobre el labio superior destacaba un bigote poblado y rubio, con grandes guías arriscándose en la forma que se nombraba a lo "Kaiser". El cabello blondo, ligeramente rizado, casi nunca muy peinado. Sus ojos son felinos de color azul de mirada inteligente. Las manos alargadas y con las uñas recortadas. En general podría decirse que es un hombre de raza centroeuropea.

Vestía descuidadamente sin acatar los dictados de la moda, aunque usaba en su chaqueta deportiva un escudo. La corbata inglesa. El calzado algo descuidado, no enturbiaba el que diera un aspecto general de corrección.

Por dedicación era L. aficionado a algunos de los deportes que se pueden practicar en el agua, como el veleo, buceo, esquí o natación. Su cultura general era limitada, pues aunque no desconocía los textos fundamentales no tenía la asiduidad suficiente para estudiarlos.

En su mundo interno, pudiera decirse que su ánimo era el apropiado para adaptarse a la ambigüedad. No existía aparentemente en él la intransigencia, sino que para actuar socialmente era dúctil. En esos lugares evitaba la polémica y utilizaba habitualmente una fraseología mesurada, de benevolencia, casi podríamos decir tímida. Se podría pensar que era "blanducho", es decir, que estaba en apariencia exento de consistencia, de firmeza.

En su actitud a lo largo de las sesiones a las que asistió fue siempre: acomodaticio, adulador, amistoso y hasta podríamos decir temeroso de herir susceptibilidades.

En lo espiritual era un "erizo", uno de esos caracteres pasivo-agresivos, que atacan a las personas cuando no se encuentran frente a ellas.

He sido prolijo en las descripciones de los modelos que presento para tratar de tomar el aspecto anal en consideración. En el caso de L. un solo ejemplo bastará para demostrar esto último. En una ocasión el cenicero se encontraba lejos del lugar en donde estaba sentado y en lugar de acercarlo apagó el cigarrillo en el primer espacio dorsal sobre la llamada "tabaquera anatómica". Parecería con ello demostrar que no era preciso defecar en donde los padres habían ordenado, sino donde él quería.

L. nació en la ciudad de México. Proviene de una familia austriaca, de la cual uno de los abuelos fue prominente militar. Siempre hubo una idea aristocrática en él. Su padre había nacido a principios del siglo, pero abandonó el país debido a dificultades económicas al ocurrir la desintegración del Imperio. A raíz de ello fue a vivir a diferentes países de la América Latina, a la cual despreció a pesar de haber hecho paulatinamente dinero en este continente. A fines de 1930 vino a México y se convirtió en representante de una firma escandinava. Casóse con una mujer de recursos, apoderándose de su fortuna. Al mismo tiempo la convirtió en su sirvienta, pues jamás le permitió la más mínima opinión. Podría decirse que su carácter es: duro, hosco, despreciativo, avaro y aislado afectivamente, pues nunca mostró la menor ternura hacia L.

La madre es descrita como una mujer temerosa, simple en su pensamiento y pasiva. Casi no toma partido excepto el que propone el esposo. No pudo tener más que un hijo, pues su marido decidió que abortara el siguiente que venía en camino.

L. asistió a la primaria y secundaria en un colegio sumamente rígido, sin embargo, su carácter parecía ir dirigido hasta ese momento hacia fines positivos, pues había iniciado el primer año de la escuela de arquitectura. Fue después de su fracaso en la misma, que su padre decidió enviarlo a una escuela técnica europea bien conocida, pero según él recuerda le expedía poco dinero. Es interesante señalar que existía una comunicación inconsciente entre L. y su padre, pues parece que en lugar de mandarle las calificaciones que obtenía, le remitía fotografías de las mujeres que había conquistado en diversos países europeos, hecho que creaba la felicidad del padre, que probablemente frustrado en su propia vida sexual, lo celebraba al grado de enseñárselas a sus amigos con orgullo. Por supuesto que L. fracasó en sus estudios y se decidió enviarlo a Suecia en donde se encontraba la empresa central que el padre representaba en América. A su regreso el padre lo colocó a la cabeza de la negociación con una gran parte de acciones que iba comprando paulatinamente con todo tipo de facilidades. El progenitor de L. tenía planeado su retiro al cumplir los sesenta años de edad.

De la vida sexual es importante señalar que el paciente inició su masturbación bastante temprano a la edad de once años. A los diecisiete tuvo relaciones sexuales. Durante su estancia en Europa practicó relaciones homosexuales en las que tomó un papel pasivo. A raíz de uno de estos episodios surgió un cuadro depresivo y recuerda ideas suicidas.

A la edad de veintiséis años hizo un matrimonio oportunista con una mujer de veintidós, también europea que contaba con una renta mensual. Es curioso señalar que ella casi lo mantenía y mientras tanto, L. empleaba

sus ingresos para comprar las acciones del padre. Parecería que ambos se habían conflagrado obteniendo ventajas de esta esposa. A pesar de ello L. la despreciaba y agredía con gran frecuencia. Un buen día después de ocho años, ella lo abandonó con sus tres hijos. La razón parece haber sido una discusión la noche anterior, en la que él la golpeó. Resulta seguro que el defecto superyoico del padre de disminuir a la figura femenina había sido transmitido a L.

Algunos años después hubo un segundo intento de consolidar un matrimonio que también fracasó, pues esta segunda esposa canadiense no pudo soportar sus agresiones abandonándolo a los tres meses de casados.

Es importante señalar aquí que L. está lleno de prejuicios, es racista y todo lo que sea de origen sajón es superior. Además es terriblemente avaro, pues guarda cuanto gana. El análisis no pudo seguir más que unos meses debido al dolor que le producía gastar. Me dejó a deber dos meses sin pagar y desapareció. Todo ello a pesar de que contaba con varios millones de pesos y era futuro heredero de una considerable fortuna.

Su vida estaba dedicada a hacer el menor esfuerzo posible. Trabajaba un número de horas limitado, pues explotaba a sus socios. Por las noches eran habituales los episodios de alcoholismo intenso. Salía con frecuencia de vacaciones y no avisaba al terapeuta. Su actitud hacia los hijos era fría y al igual que su padre con él propiciaba defectos superyoicos al permitirles pequeños extravíos de conducta.

Me interesa señalar el lenguaje secreto que existía entre este padre y su hijo, pues cada vez que éste se quejaba de aquél en el fondo sentía culpa por lo mucho que había el progenitor hecho por L. Además parecería que las ideas habían sido transmitidas de una generación a la otra y L. tenía los mismos prejuicios que su padre y actuaba hacia la mujer en la misma forma. En realidad, en este caso había una perversión con el dinero entre dos seres, que encontraron material propicio en mujeres débiles y pudieron llevar su explotación a cabo. En el fondo me atrevo a decir que la homosexualidad había sido transmitida del padre hacia el hijo a través de una relación simbiótica. L. actuaría la inversión que el padre sentía hacia su hijo de una manera secreta, haciéndolo L. directamente.

III. Tercer caso.

N. fue enviado a tratamiento por su madre quien había sido mi paciente a lo largo de cinco años, debido a diferentes depresiones en una mujer con un carácter histérico.

En realidad N. es un adolescente de dieciocho años, con problemas

de conducta y dificultades escolares severas, pues ha tenido que repetir dos veces dos años diferentes de preparatoria. Entre los desórdenes de conducta más notables podrían citarse: escapatorias de la casa y peleas diversas. Una vez huyó del hogar y permaneció escondido por cuatro días en casa de un amigo. El pleito con más consecuencias y por el que los padres recomendaron tratamiento psiquiátrico ocurrió después de un accidente automovilístico en el periférico, cuando fue amenazado con una pistola, debido a que a raíz del choque se había tornado agresivo y tomó de la solapa y golpeó al que él consideraba causante de que los coches se estrellaran.

N. es un joven de la edad que dice tener. Alto, delgado, tipo de raza blanca, facciones toscas, ojos de color café oscuros. Cabello negro y largo de acuerdo con la moda, ademanes moderados. El conjunto da la impresión de un joven alborotador con ciertas características de provocación.

N. es hijo de padre mexicano y de madre española. Su progenitor es un hombre de unos cincuenta años. Sus propios padres tenían un negocio de baños turcos. Estudió hasta terminar la preparatoria, aunque siempre fue un alumno menos que mediano. En 1946 ingresó en la escuela de medicina, pero no pudo concluir el primer año. Su padre lo regañaba y golpeaba frecuentemente y por ello a la edad de dieciocho años escapó de su casa y fue a trabajar a Toluca con unos familiares lejanos. Después de un año allí, en un cabaret tuvo una pelea por una prostituta y fue apuñalado gravemente. Permaneció dos meses en un hospital salvándose de milagro. Todavía en la actualidad presenta una cicatriz en el vientre de unos veinte centímetros.

Su familia lo regresó a la ciudad de México y aquí comenzó el negocio que maneja hasta la actualidad y que le ha permitido hacer una fortuna considerable. La madre de N. es una mujer de cuarenta y seis años de edad que comenzó a sufrir cuadros depresivos a los pocos meses de casada, cuando estando de viaje de luna de miel por España, sintió que perdía la cabeza mientras veía la balacera de una película del oeste en un cinematógrafo. Suceso que relacionó posteriormente en su terapia con la cara de violencia que había visto en su esposo el día que se casaron.

Desde entonces estuvo visitando diversos psiquiatras y psicoanalistas. A tal punto que antes de quedarse conmigo hace cinco años, llevaba ya la no insignificante lista de once terapeutas diferentes.

Es una mujer frígida, con las características esenciales de la histeria: inautenticidad, necesidad de mostrar un papel abultado delante de los demás, demandante y egoísta, lábil en sus afectos y teatral, etcétera.

Para suplir su problema sexual ha multiplicado su maternidad a tal grado que tiene siete hijos en la actualidad.

N. es el mayor de todos ellos y desde muy temprano se dio cuenta de las desavenencias existentes entre sus padres. Ve a su progenitor como un hombre exigente al que se debe complacer constantemente, aunque su actitud rígida y autoritaria hace casi imposible agradarle, pues siempre pedirá más de quienes le rodean.

El dinero en esta familia juega un papel importante. Nadie sabe a ciencia cierta la cantidad que representa la fortuna del padre, aunque todos ellos la consideran gigantesca. Sin embargo, la conducta de este individuo daría a pensar que se encuentra en la ruina. Apaga cuanta luz ha estado encendida al llegar a su casa. Retiene el gasto lo más que puede, de tal forma que la esposa casi tiene que rogarle para que se lo dé y a los hijos los obliga a dar algo a cambio de cualquier desembolso. Tienen que lavar automóviles, regar el jardín, cortar el pasto o bien limpiar la alberca. Un solo ejemplo bastará para comprobar lo que antepongo. N. fue enviado con sus hermanos a Europa en una ocasión y se les dio una pequeña cantidad de dinero, asegurándoles que recibirían más una vez que estuvieran allí. El caso es que el giro prometido nunca les llegaba y tenían los hijos casi que mendigar para poder sobrevivir.

El dinero en este hombre es un secreto inexorable y parecería que maneja todo su poder a través de él. Es interesante señalar que las relaciones sexuales que sostiene con su esposa son escasas, aunque ésta a su vez tampoco las busca por su dificultad en el orgasmo y en general parece tener miedo de su marido.

N. abandonó la casa a raíz de que el padre se tornó en una ocasión tan violento que estrelló un jarrón chino contra una ventana, debido a que uno de los automóviles no arrancaba. Por otra parte, N. está identificado con este padre más de lo que quisiera. Lo imita en muchos gestos. Fuma casi tanto como él y en el fondo es igual de violento (recuérdese el incidente del periférico y su similitud con el de Toluca en que el padre casi pierde la vida).

En lo profundo N. es el favorito de su padre y una vez que había sufrido otro accidente automovilístico sólo que en esta ocasión él no manejaba, fracturándose el fémur, el padre se mostró muy cercano a él. En otros aspectos el padre lo usa, pues quisiera ser como N. Es curioso que lo enfrenta a sus amigos en partidos de squash, cuando él no los puede vencer. Sería una especie de simbiosis: "Dado que yo no los puedo derrotar, gánales tú por mí."

De nuevo, en este caso vemos la transmisión de los deseos inconscientes del padre hacia el hijo, que desarrollan rasgos antisociales en este último. N. es onnipotente porque el progenitor así lo quiere y trata a las muchachas de la misma forma que su padre se comunica con la madre, pues

a todas sus novias las deja esperándolo o las abandona, sin tener en consideración ningún sentimiento.

DISCUSIÓN

En primer lugar quisiera referirme al problema de definir a los pacientes arriba mencionados dentro de una entidad clínica determinada. Los términos: psicópatas, sociópatas o personalidades antisociales han sido utilizados indistintamente para designar a un grupo de individuos que actúan en una forma: egocéntrica, desleal, impulsiva, carente de ética.

Estos seres parecen no tener la conciencia que la sociedad necesita para su preservación. Aspecto que ha hecho confuso el tema porque lógicamente abarca cuestiones legales difíciles de discernir.

Es por ello que he evitado dar un diagnóstico en la mayoría de estos casos, creo que debemos hablar de una dificultad de integrar un concepto del bien y del mal, o en cierta forma como he insistido en el presente capítulo nos referimos más bien a las dificultades que han encontrado estos pacientes para estructurar un *superyo* adecuado, debido a la transmisión de un *superyo* inefectivo por parte de sus propios padres.

No existe duda de que más importante que el diagnóstico nosológico, lo es el dinámico y por lo tanto he preferido designar a este grupo como antisocial.

Otro aspecto digno de discutir es el de la identificación. Para Erikson una identidad sana sería aquella "capacidad de uno mismo, para mantenerse estable y continuo dentro de un destino cambiante". Aunque para este autor el *superyo* es confuso debido a los cambios de lenguaje, dado que *über* en alemán es "por encima", lo cual lo hace diferente de *super* en castellano que significa "sobre". Sin embargo, la identidad que uno logra será el resultado de la adquisición inconsciente de dos estructuras fundamentales en la formación del aparato psíquico: el *yo* y el *superyo*. Los defectos observados en los tres pacientes que he expuesto en su conciencia moral o sea en esta última estructura, crearon una identidad defectuosa, al igual que en sus padres.

Un último aspecto importante en la discusión es el que se refiere a que las actitudes antisociales en los tres enfermos parten de la adolescencia. Lampl de Groot nos ha hecho notar que es en esta etapa de la vida en la cual el individuo adquiere su propio *superyo* y abandona el que había utilizado en una forma auxiliar hasta entonces y que era el de los padres. En los pacientes presentados la falta del *yo* es sumamente marcada, pero me ha parecido más trascendente el defecto superyoico que impidió en todos ellos una adaptación adecuada.

Alfredo Namnum ha hecho énfasis en que el problema del secreto está íntimamente ligado con lo prohibido. Cuando un niño se enfrenta con una prohibición se pregunta siempre: ¿por qué?

El conocimiento que le damos impedirá la descarga del instinto. En los casos presentados el *superyo* paterno no podía dar una explicación de la prohibición por sus mismas lagunas y conducta y es por ello que se desarrollaron los tres caracteres impulsivos descritos. La idea de Namnum fortalece el aspecto anal en el que he insistido.

Es importante señalar que aunque los padres tenían actitudes anti-sociales, no fue sino hasta los hijos en los cuales estalló la conducta inmoral que sus progenitores no pudieron llevar a cabo, o bien la actuaron a través de los tres pacientes descritos.

CONCLUSIONES

1. Se hace una síntesis de las ideas que llevaron a Freud a acuñar el término *superyo* a partir de 1923.

2. Se integran las aportaciones de diversos autores en relación al *superyo*, sobre todo en lo que respecta al desarrollo de la personalidad.

3. Se hace un análisis de los trabajos que han insistido en "lagunas del *superyo*" en los padres y la transmisión de las mismas a los hijos. El tema "secreto" de connotación anal y que relaciona lo prohibido y lo permitido, parece ser un factor importante en el desarrollo de la conducta antisocial.

4. Se presentan tres casos que corroboran las ideas expuestas.

BIBLIOGRAFÍA

- ERIKSON, E. *Identity Youth and Crisis*. Norton. New York, 1968.
- FREUD, S. *Further Remarks on the Neuro-Psychoses of Defence*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. III:154-185. London, 1896.
- FREUD, S. *The Unconscious*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. XIV: 159-215. London, 1915.
- FREUD, S. *On Narcissism. An Introduction*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. XIV:67-102. London, 1914.
- FREUD, S. *Mourning and Melancholia*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. XIV:237-260. London, 1917.
- FREUD, S. *The Ego and the Id*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. XIX:3-56. London, 1923.
- FREUD, S. *Dostoevsky and Parricide*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol XXI:175-196. London, 1928.
- GREENSON, R. *On Gambling*. The Yearbook of Psychoanalysis. Vol. IV: 110-123. Int. U. Press. New York, 1943.

- GUN, N. *Les enfants au nom maudit*. Historia 241:47-59. París, 1966.
- HUXLEY, J. *Evolution in Action*. Mentor Book. The New American Library, p. 94. New York, 1953.
- JACOBSON, E. *The Self and the Object World*. Psychoanal Study of the Child. Vol. 9:75-127. 1954.
- JOHNSON, A. *Sanctions for Superego Lacunae of Adolescents. Searchlights on Delinquency*. Int. U. Press: 225-245. New York, 1949.
- JOHNSON, A. y SZURECK, S. *The Genesis of Antisocial acting out in Children and Adults*. Psychoanal. Quart. 52:323-345. 1952.
- JONES, E. *Anal-erotic Traits* (1923). Papers on Psychoanalysis. 413-437. Bailliere, Tindall and Cox. London, 1950.
- KLEIN, M. *Contributions to Psychoanalysis*. 1921-1945. Symposium on Child Analysis, 168-169. The Hogarth Press. 1927.
- LAMPL DE GROOT, J. *On Adolescence*. Psychoanal Study of the Child. Vol. XV:95-103. 1960.
- LOCKE, J. *Essay concerning Human Understanding*. Vol. I. A. C. Fraser. Oxford, 1894.
- NAMNUM, A. *Notas psicoanalíticas sobre el secreto*. Cuadernos de Psicoanálisis. Vol. III:107-124. 1967.
- SPITZ, R. *On the Genesis of Superego Components*. The Psychoanal Study of the Child. Vol. 13:375-404. 1958.
- SPITZ, R. *No and Yes. On the Genesis of Human Communication*. Int. U. Press. New York, 1957.

CAPÍTULO XIV

LA EXPERIENCIA CON DROGAS

En 1929 cuando Freud publicó *El malestar en la cultura* escribía en relación a la intoxicación por medio de sustancias químicas, que éstas constituían la forma más efectiva de obtener sensaciones placenteras y comparaba el estado resultante de su ingestión con la manía.

En algunas sociedades primitivas, las drogas alucinantes han sido conocidas desde hace milenios y se habían utilizado para la adivinación, el tratamiento de todo tipo de enfermedades, la comunicación de toda clase de poderes sobrenaturales o con el objeto de mantener la unidad social.

En el hemisferio occidental la ingestión de las plantas alucinatorias en los tiempos precolombinos estaba limitada desde la zona SO de los Estados Unidos, hasta la cuenca del Amazonas. Entre los aztecas y los incas existían adivinos profesionales, que obtenían inspiración a través del peyote y los hongos alucinatorios. Estos últimos se dice que fueron distribuidos durante la ceremonia de coronación de Moctezuma, con objeto de darle una forma más espectacular.

Las drogas alucinatorias comenzaron a atraer el interés académico en la última década del siglo XIX. Havelock Ellis y Weir Mitchell escribieron artículos sobre el efecto subjetivo del peyote. Estos ensayos estimularon el interés de los farmacólogos que aislaron el principio activo o sea la mezcalina en 1896. Las drogas alucinógenas fragmentan el yo y por ello producen "psicosis modelos" regresivas que pueden ser estudiadas.

La respuesta de un individuo ante una de estas sustancias es resultado de sus previas experiencias. Sin embargo, en los dos casos que voy a presentar en este capítulo se puede percibir que algunas de las contribuciones de Melanie Klein, pueden servirnos para entender la reacción de estos pacientes al efecto de la droga en la sangre.

De acuerdo con Klein existen dos posiciones básicas en los periodos tempranos del desarrollo: la esquizo-paranoide y la maniaco-depresiva. Ambas presuponen la aceptación del concepto fundamental de Freud de

la ambivalencia entre el amor y el odio. En el comienzo de la vida, el niño divide los impulsos y los objetos. Esta tendencia es debida a la falta de coherencia por parte del yo. La angustia persecutoria refuerza la necesidad de guardar los objetos amados de los peligrosos y por lo tanto la división del amor y del odio. Para el niño su preservación depende de que confíe en una madre buena. Cuando incrementa la creencia en un objeto bueno no tiene miedo de un mundo hostil que lo destruya. En el momento en que esta confianza se pierde, los elementos persecutorios reaparecen.

Con el avance del desarrollo, el niño es capaz de relacionarse con su madre, dado que sus percepciones la captan como un objeto total. Lo que siente entonces es miedo de sus impulsos destructivos que pueden ser dirigidos hacia adentro o provocar la fusión con ellos en un proceso comparable a la manía. Por lo tanto, utilizando la terminología kleiniana, la manía continúa a los estados tempranos del desarrollo y los sentimientos omnipotentes surgen para controlar la depresión. Denominaré a esta posición siguiendo mi propia nomenclatura: esquizo-afectiva.

Las dos ilustraciones clínicas que presentaré pueden ser ejemplos de las posiciones antes mencionadas.

LA POSICIÓN ESQUIZO-PARANOIDE

"Desde la distancia, Huautla resalta a la vista como Taxco, pero más bien se asemeja a una pequeña ciudad minera de Europa. Todas las edificaciones son rectangulares. Algunas casas de gente pobre tienen techos de hojas secas en las cuales han abierto orificios para el paso del humo. Desde la cercanía, el pueblo pierde su atractivo. Es singularmente feo, árido y aislado. Aun la iglesia colonial abandona su sentimiento cristiano al mostrarse fundamentalmente sin forma, más bien parece un templo en donde los ídolos paganos han sido remplazados por rudos sustitutos, con objeto de poder continuar el rito de siempre, pero en la casa de un Dios distinto.

Las gentes de Huautla son tímidas, oscuras y pequeñas. Todos conversan en un silbante y limitado lenguaje que sirve para comunicar saludos y alabanzas.

Después de detenernos en el hotel, razonablemente limpio, que es un edificio de tres pisos pintado de blanco; comenzamos a planear los arreglos para la sesión. El pueblo parecía comprender que estábamos allí con un cometido particular: los hongos alucinógenos. En realidad esta es la única razón por la cual alguien visitaría a Huautla, ya que no existe ninguna otra atracción turística. Algunos vendedores empezaron a apare-

cer en el hotel a preguntarnos si estábamos interesados en adquirir los hongos. Sin embargo, nosotros deseábamos tomarlos frescos y también en la ceremonia que acompaña el rito. Una bruja fue finalmente localizada y el farmacéutico del pueblo nos acompañó desde el hotel.

La casa no era más que una choza, un cuarto rudimentario de madera con un techo alto de trabes gruesas. En la habitación aparecía una cama, rollos de petate, varios utensilios y machetes colgando de las paredes. Había cuatro sillas de madera. La bruja que había estado durmiendo sobre un petate, se levantó tan pronto como golpeamos la puerta.

Los cuatro que íbamos, procedimos a observar las preparaciones. Un pequeño candelabro fue colocado sobre la caja que contenía los hongos. Estos eran de tallos largos con botones fangosos y negros, creciendo juntos en grupos grandes. El hijo de la bruja trajo al cuarto una serie de hojas frescas de plátano, que la curandera colocó a su lado. A continuación procedió a encender una especie de resina que se utiliza como incienso en la ceremonia. Inmediatamente indicó en forma individual que extendiéramos las manos con las palmas hacia arriba. En ese momento hizo montones de 20 hongos cada uno, 10 masculinos y 10 femeninos. Cada grupo fue colocado sobre una hoja de plátano y después sostenido sobre el incienso ardiente. La bruja invocó a sus propios dioses: los del mar, de las montañas y las cuevas y también a San Diego, mencionando nuestros nombres mientras calentaba el grupo particular de hongos que cada uno de nosotros iba a comer.

A todos se nos dijo que debíamos de colocar la hoja de plátano sobre el petate y acostarnos, comiendo lo más rápidamente posible los 20 hongos durmiéndonos a continuación. La curandera había seleccionado sus propios hongos todos masculinos y los masticó, acostándose inmediatamente.

Nosotros no lo hicimos en forma tan afanosa. Yo ingerí cuatro un poco disgustado por el sabor. Todas las luces fueron extinguidas y comencé a ver colores en partículas sin una forma visible, extremadamente pequeñas y luminosas, con una cualidad fosforescente. Había pensado que comiendo tan pocos podría controlar lo que sucediera evitando pasar de un estado preliminar de la sensación de color. Súbitamente me encontré en un mundo con formas geométricas placenteras que flotaban lentamente frente a mí, cambiando en forma constante como en un caleidoscopio. Los colores eran agradables: rosado, rojo, azul pálido y blanco. De repente miré hacia abajo como si estuviera en una montaña y observara una ciudad. Comencé a reír gozosamente. Era una decoración de Navidad de formas sin vida que cambiaban lentamente. Todos los objetos eran completos en sí mismos y nunca se unían.

Súbitamente dejé de reír y sentí que sobrevendría un cambio. Me puse

tenso y asustado, como si me hubiera sobrepasado. Decidí dirigirme hacia la puerta de la choza. Uno de mis compañeros dijo que regresara. No salí a la noche, pero busqué la silueta de los árboles para asegurarme que nada había cambiado. El mundo exterior era extremadamente frío y silencioso y no me era familiar.

Desde este instante las formas se convirtieron en amenazadoras y de gran intensidad. Los colores estallaron en diversas representaciones y pequeños ojos aparecieron en la oscuridad, como millones de animales en un bosque. Eran rojos, parecían reírse y esperaban sin duda, un momento de debilidad mío. Las formas se ondulaban en masas geométricas de colores vivos. Parecían burbujas o corpúsculos bajo el microscopio. Millones de triángulos pulsátiles y octágonos moviéndose. Gradualmente, fueron creciendo hasta convertirse en: cangrejos, calamares, pulpos, orugas y serpientes. Todos ellos se movían amenazadores con el poder de sus ondulantes diamantes y luces octagonales que constituían sus cuerpos.

En este punto sentí que no podía moverme y que mis manos estaban heladas. Cuando finalmente logré ponerme en pie exclamé: "Les pegaré... traigan al mayor y al más feo. Los puedo derrotar." Empecé a golpear en el suelo, sin embargo, las imágenes se convirtieron en un grupo que avanzaba en forma de serpientes. Uno de mis compañeros me detuvo y experimenté cierto sentido de protección. Estaba consciente de la presencia de cada uno en el cuarto y la curandera se reía de mí. Para entonces ella ya había despertado y se encontraba bajo la influencia de los hongos. Miré a mis acompañantes y noté el aire de preocupación que reinaba en la habitación, pues aunque todos se hallaban bajo la influencia de los *fungus*, era mi estado lo que les inquietaba. Súbitamente me solté de mi compañero y me coloqué en una posición inclinada sobre el petate; mis piernas tías y levantado con las manos. Escuché que uno de mis amigos decía: "Dios mío, mírenlo, está en una posición fetal." Me encontraba rígido y me sentía lanzado a la oscuridad de un nuevo mundo. Era un animal, algo así como un chapulín. Gradualmente sentí que me relajaba más.

Posteriormente permanecí quieto durante 20 minutos. Creo que este fue el tiempo que duró el trance. Miré a uno de mis compañeros y observé que sus piernas habían adquirido proporciones gigantescas. De repente asumí un estado petulante y ligeramente grosero, como Marlon Brando, mis manos colocadas en los bolsillos traseros de mis pantalones y creí que con una sonrisa fingida asustaría a todas las formas alejándolas. Empecé a bailar con el ritmo lento del boogy, experimentando que el contacto de mis pies con el suelo era un mensaje en clave que se transmitía de la bruja hacia mí y de mí al grupo. Inmediatamente me senté y traté de

estrechar la mano con la de la curandera. Ella no respondió, me sentí aterrorizado y las cosas comenzaron a moverse en el cuarto. En este momento experimenté un dolor en el área cardíaca y comencé a darme masaje con los dedos. Sentí que necesitaba aire fresco.

Pedí un refresco, pero la botella se convirtió en una serpiente e inmediatamente la lancé al suelo. Caí en el petate con mi cara sobre los hongos. De repente abrí los ojos y se convirtieron en cangrejos, con su boca abierta, moviéndose hacia mí.

En este momento era la una de la madrugada. Me encaminé hacia la puerta y salí al aire libre. Me detuve y cada ladrillo, cada árbol y cada hoja, cada piedra, cada estrella y cada objeto tangible se movía; con luces eléctricas ondulantes: verdes, amarillas, siendo pulsátiles y flotantes. No percibía sonidos sino solamente algunas voces. El mundo era únicamente visual, frío y falto de ruido.

Todo el grupo procedimos a buscar nuestro camino hacia el hotel. La ruta se mostraba repleta de masas de serpientes e insectos. En este momento deseé que el terapeuta estuviera aquí conmigo, para explicarme lo que sucedía. Llegamos al hotel y me pareció que el edificio era blanco como la casa de mi abuelo. Si me alejaba estaría perdido.

Uno de mis acompañantes me preguntó si quería un cerillo. Contesté afirmativamente, pero le pedí que no me dejara ver la mecha, pues sabía que intensificaría los colores. Cuando lo encendió su frente se volvió ultravioleta y transparente. Sus ojos eran de un rojo fosforescente. Mi amigo me dijo que tenía que evacuar el intestino. Se fue a una corta distancia de la carretera. Fui a buscarlo y le pregunté qué estaba haciendo. Me contestó que era un gato y que estos animales cubrían sus materias fecales con tierra. Entonces se acercó a mí y ya no pude confiar en él y cuando lo miré, se había convertido en una bestia humana que quería devorarme. Anhelaba escapar, pero no podía encontrar otro alivio, excepto su horrible color y la familiaridad de su forma.

En este punto me di cuenta que tenía que volver a mi estado natural y que solamente podía tener confianza en mí mismo. Si lograba seguridad las formas desaparecerían.

Quería vomitar y subí las escaleras del hotel hacia el cuarto de baño. Sentía que tenía que expulsar algo horrible de mi interior, un pulpo que estaba dentro de mí. Traté de arrojarlo colocando los dedos en mi garganta. Estos se introdujeron en la boca del octópodo y me di cuenta que éste no estaba dentro de mí, sino que el pulpo era yo mismo. La letrina estaba llena de serpientes y calamares que me miraban y trataban de mordirme.

Comencé a orinar y mi pene se convirtió en una serpiente. Mi com-

pañero se acercó al cuarto de baño y me ofreció una tableta de chocolate que comí. Súbitamente volví a sentir deseos de vomitar y mientras caía de mi boca, el chocolate se convirtió en heces de color café. Sabía que esto era lo que él quería, que comiera sus materias fecales como una humillación final, pues al mismo tiempo decía: "Afróntalo, tienes que afróntarlo."

Gradualmente experimenté más confianza y me sentí menos asustado. Sabía que la realidad era algo diferente de lo que estaba viendo y que si persistía en creer que lo presente era lo objetivo, nunca más volvería a la vida. Me acosté y quedé dormido a las cinco.

Dejamos Huautla en la mañana. Sentí ligero dolor de cabeza y deseaba alejarme del pueblo. La gente aparecía extraña y siniestra. Sabían lo que habíamos hecho y éramos parte de ellos."

La experiencia anterior tuvo lugar el primero de julio de 1965 y corresponde a la descripción efectuada por un paciente con dos años y medio de terapia, acerca de su ensayo llevado a cabo con los hongos alucinatorios. A continuación daré algunos datos generales sobre la dinámica general del paciente, que desarrollaron las características esquizo-paranoides que se presentaron.

Se trata de un hombre de 37 años de edad, norteamericano, soltero, que dedica parte de su tiempo a escribir. Inició terapia debido a un estado de ansiedad con palpitaciones y disnea, derivado de sus experiencias homosexuales. El enfermo al que llamaremos O. nació en un pequeño poblado. Sus padres eran de origen irlandés. Su madre es en la actualidad, una mujer de 60 años de edad, que es cuidadosa en el manejo de sus afectos. Su actitud hacia sus hijos fue sumamente desigual, dirigiéndoles en forma constante amor y rechazo. Sin embargo, la figura materna representó para él un aliciente, pues tenía intereses literarios y artísticos. De joven fue la madre del paciente muy atractiva en el aspecto físico.

El padre, seis años mayor que su esposa, es un hombre rígido y perfeccionista, dedicado a la construcción naval. Siempre mantuvo escasa comunicación con O. En el inconsciente existió perpetuamente el deseo de que su madre se hubiera casado con otro hombre, al que él hubiera podido admirar.

O. es el tercero de cuatro hermanos. Es importante hacer resaltar que el segundo de ellos es agresivo y violento. Sus relaciones con el paciente transcurrieron durante la infancia en un nivel sado-masoquista.

Se puede decir que O. no fue amamantado por su madre, debido a que después de su nacimiento, el hermano mayor presentó un cuadro de meningitis, por lo que su progenitora no le prestó mucha atención durante el primer año de su vida. Sin embargo, desde muy temprano el paciente

se dio cuenta de que ella era mucho más importante para él que su padre y por lo tanto se hizo muy cercano y dependiente.

A la edad de 6 años fue llevado a la escuela del pueblo. La sensación de competencia se le hizo dolorosa y se dio cuenta de que experimentaba grandes dificultades con respecto a los otros niños. Poco a poco se vio obligado a adaptarse aunque siempre permaneció apartado y por ello desarrolló rasgos narcisistas.

Cuando contaba 16 años, O. decidió ingresar en un seminario. No encontró la menor oposición por parte de su familia que eran extremadamente católicos. Permaneció en esa institución durante dos años y fue entonces cuando se dio cuenta que existían en él irresistibles impulsos homosexuales. Según O., permaneció ese tiempo por la admiración que sentía hacia uno de los compañeros de clase.

A raíz de un estado de angustia, decide abandonar el seminario y aprovecha para ello la iniciación de la guerra mundial. Ingresa en la marina y realiza varias travesías por el Atlántico y el Golfo de México.

En septiembre de 1946 se alista en las fuerzas armadas de ocupación en Japón. En una noche de permiso y después de haber ingerido algunas copas; el paciente acepta una relación homosexual por primera vez. Ésta tuvo lugar en medio de un sentimiento de culpa y vergüenza.

A la edad de 23 años regresa a la vida civil y estudia ciencias sociales. Sus experiencias sexuales con invertidos se hacen frecuentes y se rodea de un grupo de estudiantes cultos, interesados en asuntos literarios. En 1959 se enamora de un médico, pero éste lo abandona y el paciente obtiene un trabajo en México.

Trataré de interpretar algunas ideas acerca del delirio experimentado por O. Los primeros temores aparecen cuando observa que los puntos de luz se unen los unos con los otros, multiplicándose y creciendo en formas luminosas que comienzan a unir sus fuerzas. Se diría que los objetos parciales se han ido transformando en totales. Busca la existencia del mundo externo y por ello quiere abandonar la habitación, pero afuera surgen ojos luminosos de los árboles de color rojo y amarillo, que se transforman en extremadamente amenazantes. Los pre-objetos se van uniendo unos con otros y crecen hasta convertirse en monstruos. Las alucinaciones se vuelven crustáceos y reptiles. Intenta atacarlos, pero permanecen inmóviles a cierta distancia de su campo visual. Comienza a sospechar que esas formas conocían que estaba asustado y fue en ese instante en el que trata de mostrar una aparente confianza en sí mismo, de la que en realidad carece. En un tono fanfarrón les dice que puede combatir al peor de ellos. Proyección del miedo hacia los objetos.

En este momento una parte del yo permanece operativa, pues está

consciente de las gentes en la habitación y se da cuenta de la risa de la curandera y de las conversaciones. Escucha que se ha colocado en una posición fetal, como un fenómeno regresivo hacia el útero, cual defensa ante la persecución que experimenta.

Es posible que el estado de trance que el paciente asume se refiera a una ceguera consciente a través de la cual intentaba controlar sus facultades ópticas. Cuando las alucinaciones retornan y toman formas definidas, la persecución aumenta y es en este momento en el que pretende asustarlas asumiendo una actitud hipócrita semejante a la que Marlon Brando dramatiza en sus películas. Una especie de identificación con el agresor.

El enfermo empieza a presentar dolor en el área cardíaca y dificultad para respirar (síntomas con los que inició terapia). Es el dolor de la angustia. Cuando se da masaje parece estar diciendo a su víscera cardíaca que no se detenga y que continúe latiendo calmadamente.

Después de beber el refresco y observar que se convierte en una serpiente, el enfermo hace responsable en su delirio a los hongos. Siente odio contra ellos al verlos sobre el petate, confiados de su poder; los intenta destruir pero se convierten en crustáceos que quieren devorarlo con sus pinzas.

La salida de la choza y el deseo de que el terapeuta estuviera con él, es material transferencial, a través del cual busca un objeto familiar frente a su extrema paranoia. Puede decirse lo mismo en relación al hotel que recuerda la casa del abuelo.

De los contenidos exhibicionistas, así como de los simbolismos fálicos representados por las serpientes y crustáceos no me ocuparé por considerarlos extremadamente obvios.

Trataré sobre el pulpo que aparece en el momento en que el paciente entra en el cuarto de baño. El octópodo lo llenaba completamente desde sus pies hasta la boca. El enfermo quería vomitar su enorme cuerpo, pero el animal se aferraba a él. Era como una parte de sí mismo que no podía extraer. Cuando el paciente abre su boca, el pulpo también lo imita. Es imposible extirparlo. El enfermo mismo es el pulpo y era su propia boca y garganta que estaba intentando vomitar. El octópodo es su oralidad que lo obliga a tomar todo sin dar nada, debido a las frustraciones tempranas en su desarrollo. La reaparición de los contenidos sadomasoquistas en relación al hermano que propiciaron la situación esquizo-paranoide, también están presentes en las humillaciones sufridas frente a su compañero.

LA POSICIÓN MANIACO-DEPRESIVA (ESQUIZO-AFECTIVA)

"Todo había sido planeado de antemano. Me tomé la píldora a las 9 a.m. y existía el miedo natural que precede a toda experiencia nueva. Fuimos a una pequeña plaza en San Ángel (México) y mi acompañante me mostró un monumento erigido en honor de un batallón de irlandeses católicos, que combatió en contra de los Estados Unidos en 1847.

Los efectos se produjeron lentamente. Fuimos al Desierto de los Leones, cercano a la ciudad. Vi pinos fabulosos, pero todavía no experimentaba reacción alguna. Comencé a oír el ruido del viento y seguí pensando que todavía no me sentía diferente, que estas eran cosas que yo había sentido siempre.

Cerca de allí había una mujer que hacía empanadas. Pensé que pertenecía al bosque, que ella era la madre de la tierra misma. También sentía los rayos solares estrellarse contra mi piel. Estábamos detenidos en la carretera y pasó un automóvil cerca de nosotros. Unas gentes nos saludaron y pensé que era debido a la droga, que yo experimentaba esa sensación de amistad. En realidad eran conocidos de la persona que iba conmigo.

Al cabo de unos minutos dije que sentía náuseas. Para mis adentros pensé que el efecto de la droga estaba comenzando y que no podría hacer nada por evitarlo. Me encontraba sentada en el coche, porque no podía mantenerme de pie. Lo intenté pero tuve que recargarme. Él tomó mi mano y me guió unos pasos. Dijo que ya veía que sí podía caminar. Sentí en mi interior: "Oh, es posible que pueda aprender a andar."

Había un bosque de pinos frente a mí y repentinamente percibí un cambio sutil. Se produjo una sobreposición de imágenes, que se movían de un lado hacia el otro. Yo sabía que estaba viendo el bosque como había sido hacía mil años. Era el comienzo del mundo, el principio del tiempo. Pensé que veía los objetos cuando nacían.

Algunos minutos más tarde percibí cómo se movía la tierra. La sensación era como si a través de los dedos de mis pies pudiera sentir que el planeta se trasladaba en el espacio.

Caminamos unos pasos y observé unas plantas que tenían tallos gruesos. Las miré y pensé que veía a Cristo, pero su cara era japonesa, con los ojos oblicuos. Era muy anciano y se había colocado en una posición encorvada. Poseía una barba larga.

Entonces toqué un árbol y la corteza se convirtió en un extenso paisaje. Los agujeros eran curvos. Quise correr y subí una colina próxima al camino. Fui hacia lo más alto y sentía que cada paso que daba media

3 millas. Cuando alcancé la cima, pensé que era el momento más feliz de mi vida. Con cada paso sentí cómo se hundía el pasto y volvía a reaparecer. Me hallaba enormemente alta y mirando al mundo como si éste fuera muy pequeño. El viento golpeaba intensamente mi cuerpo.

Quería estar sola y bajamos desde la colina. Miré a mi acompañante y ya no era él, pues tenía mi cara. Eso me hizo sentir cierta angustia. Seguimos caminando y poco a poco su fisonomía fue adquiriendo sus propias características. No dije nada, porque sentía que las palabras eran muy lentas. Él tampoco habló. Sentí que se hacía como yo, con mi cara porque lo amaba. Después pensé: todos somos machos y hembras, masculinos y femeninos.

Regresamos con el coche y paramos cerca de un parque. Había vendedores y una música que provenía del carrousel. Entonces percibí los taxis en la carretera. Me gustaron sus colores: rojo y amarillo. Le dije a mi amigo que siguiera al de un color y luego al de otro. Todos eran relucientes.

Pasamos algunos pequeños poblados, pero yo no estaba segura de encontrarme en México. Íbamos muy rápido. Al pasar y ver a las gentes, pensé para mis adentros que tendrían relaciones sexuales, que hablaban y comían, que a veces hasta se amaban. Sentí que todos estos pueblitos estaban habitados por gente que yo nunca vería y que sus problemas nunca tendrían solución. En ese momento recordé a mi marido, por primera y única vez. Pensé que podía vivir sin él y que yo estaba emparentada con todo el mundo al mismo tiempo que todos lo estaban conmigo. Los problemas dejarían de serlo y que lo esencial era vivir el momento lo más intensamente posible.

Llegamos a San Ángel a las 3 p.m. Fuimos a la casa de mi amigo. Percibí una horrible barda de piedra que separaba la casa de la parte exterior. No la pude soportar y únicamente quería mirar hacia las hojas de hiedra en el jardín. Él puso un disco de Wanda Landowska. Comenzó la música y era el concierto italiano de Bach. El sonido era extraordinario. Yo no sé mucho de música, pero por primera vez entendí a este compositor, porque decía una sola cosa, que la armonía existe en el mundo. El clavicordio subía de tono y sin embargo no era discordante.

Vino una mosca a posarse sobre mi cara y generalmente no soporto a los insectos, pero la acepté en esta ocasión. No la podía tocar porque estaba emparentada conmigo. Se acercó a mi boca y yo sentí que sabía que me pertenecía y me quería besar. Estaba relacionada con todo: las moscas, las rocas, la hiedra. Sin embargo, las cosas fabricadas por la mano humana seguían pareciéndome horribles. El muro de piedra me desagradaba y evitaba verlo.

Mi corazón tocaba a Bach y yo entendía a los vegetarianos, a los yogas y a los religiosos. Comprendí porqué mi acompañante nunca comía carne. De repente sonó el timbre. Dije que no quería ver a nadie y subí al baño. Entraron algunas gentes y cambiaron el disco.

En el cuarto de baño encontré una rasuradora y comencé a afeitarme las piernas. Me quité toda la ropa que me apretaba. También la pintura de los labios. Abrí la llave del agua, porque no quería oír a la gente que hablaba allá abajo. Busqué aceite para purificarme. Deseaba ser yo misma, sin ningún arreglo artificial. El único lubricante que encontré fue aceite para bebé. Me llené de él y me puse el vestido encima.

Caminaba descalza y me sentía muy limpia. Después la gente se fue. Descendí y volví a pedir el disco de Wanda Landowska. Vi cómo había cambiado el sol porque se reflejaba en una forma diferente sobre las hojas. Estaba oscureciendo y me tapé con una manta. Sentía mi cuerpo fresco. Recordé que mientras me ponía el aceite, pensaba en una especie de ceremonia religiosa.

A las nueve de la noche tuve relaciones sexuales. Pedí fruta que fuera líquida por dentro. Eso fue todo el alimento que probé en 24 horas. Por la mañana me sentía cansada, pero no exhausta, después de una experiencia maravillosa. Estaba calmada como si hubiera sido expuesta a mi interior hermoso."

Se trata de una mujer de 30 años, hija única, de estatura media y de regular atractivo. Generalmente se viste de una manera bizarra, casi siempre exhibicionista y fuera de lugar. Es casada, pero estéril desde hace 10 años. Inició tratamiento por encontrarse en un periodo totalmente improductivo de su existencia, a pesar de que en épocas anteriores tuvo cierto relieve como pintora, llegando a obtener algunos premios en exhibiciones que se llevaron a cabo en Estados Unidos.

La paciente es frígida sexualmente con su marido, excepto en aquellas ocasiones en las que fuman marihuana juntos. Sus mayores placeres sexuales los ha obtenido en contacto con gente de color y afirma que el contraste de las pieles la excita en una forma inusitada. En realidad, lo que más bien sucede, es que necesita objetos devaluados en su mundo interno, para dar respuesta ante un hombre.

Su historia brevemente relatada es que el padre es un hombre que trabaja en el gobierno y ha conservado un puesto burocrático a lo largo de toda su vida, aunque en su adolescencia pensó en ser cantante e incluso ingresó a una escuela de música, al mismo tiempo que un conocido barítono. Es un hombre cuidadoso en poner de manifiesto sus afectos y casi siempre se muestra distante.

La madre es descrita como una santa; increíblemente dedicada a su

hogar y a la paciente, pero al mismo tiempo es una mujer sumamente posesiva y que necesitó promover una simbiosis patológica con su hija, para compensar su falta de comunicación con el esposo.

La paciente vive separada de sus padres desde hace varios años, pues nunca les escribe y cuando se encuentra en la ciudad que ellos habitan, alquila un cuarto en un hotel alejado de su hogar y casi podríamos afirmar que los evita.

El marido de mi enferma es un hombre inteligente, que en una época estuvo en terapia debido a dificultades con su trabajo y un cierto temor a la impotencia.

Me interesa hacer hincapié aquí, en el sistema de creencias de ella, que la han guiado a reaccionar en contra de un ambiente familiar al que califica mediocre. La enferma se concibe a sí misma como una artista que posee cualidades que la colocan aparte de la gente en general. Este talento es algo que no puede ser adquirido a través de la educación. Tal actitud le proporciona la idea de ser diferente y mejor que otro tipo de personas, particularmente en su actividad creativa.

Sintiéndose diferente no se debe ver obligada a imitar la conducta convencional de los que denomina estrechos de criterio. Por lo tanto, el terapeuta no puede decirle cómo conducirse. Las interpretaciones son vividas como si trataran de convertirla en un miembro de los que ella considera conformistas. Estas gentes carecen del talento que ella dice poseer y, por lo tanto, la someterían a pintar en una forma no creativa.

Voy a ocuparme a continuación de interpretar el material presentado durante su experiencia con drogas, en este caso mezcalina. En primer lugar habría que decir que el *yo* de la paciente se fragmenta y adquiere las características de los esquizofrénicos.

Los enfermos con demencia precoz sienten a veces cenestésicamente. Los sonidos pueden adquirir cualidades gustativas. Alcanzan percepciones que no pueden entender. En este caso observamos pasajes en los cuales esto sucede: la sensación de la tierra que gira sobre su eje, percibida a través de los dedos de los pies; el choque de los rayos solares sobre la piel, etcétera.

Es importante señalar aquí el concepto de Paul Federn sobre el *yo*, no como algo estático, sino como un estado del sentir, que para este autor resulta ser la identidad en el tiempo y el espacio.

Las drogas alucinatorias causan una desintegración del *yo* en estas esferas. La viveza de las percepciones es extraordinariamente clara y se tiende a enfocar la atención en un objeto y a caracterizarlo con imágenes del mundo interno, como la figura de la madre proyectada en la vendedora o la corteza de la planta que se transforma en la imagen de Cristo. Igualmente sucede con el cuadro de despersonalización en el que en este

caso la propia imagen es transportada a otra persona. Las palabras pueden igualmente volverse lentas.

Es posible que este estado sea el que condicione el desarrollo de las experiencias místicas y de éxtasis. El sitio en el que tiene lugar la vivencia es por ello importante, dado que el acontecimiento se lleva a cabo primeramente en un bosque de pinos y posteriormente escuchando un concierto de Bach.

En este último caso podemos observar claramente una situación maníaca o esquizo-afectiva. Mecanismo que es desarrollado con la ayuda de la droga. Se le dan fantasías orales inconscientes a ésta y su efecto es claramente omnipotente.

De acuerdo con Melanie Klein las defensas maniacas son sumamente primitivas y sirven para controlar las angustias paranoides. Con el dominio de estos mecanismos todas las frustraciones son negadas y la parte mala y agresiva de uno mismo es destruida. La droga simboliza al objeto ideal que puede ser incorporado y unírnos a él, en la omnipotencia.

La experiencia con drogas es una conflictiva con el vivir o tal vez una búsqueda del olvido como decía Nietzsche en *El nacimiento de una tragedia*: "Es también bajo la influencia de la poción narcótica, de la cual los himnos de todos los hombres primitivos nos hablan, o por la aproximación de la primavera penetrando toda la naturaleza con alegría, que las emociones dionisiacas despiertan y el sujeto se desvanece en el mundo del olvido."

BIBLIOGRAFÍA

- BARRON, F. JARVIK, M. y BUNNELL, S. *The Hallucinogenic Drugs*. Scientific American. 29-37. April, 1964.
- CROCKET, R. SANDISON, R. y WALK, A. *Hallucinogenic Drugs and their Psychotherapeutic Use*. Ch. Thomas. Springfield, 1963.
- FEDERN, P. *Ego Psychology and the Psychoses*. Basic Books. New York, 1953.
- FREUD, S. *Civilization and its Discontents*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. XXI. London, 1930.
- GUARNER, E. *Psychodynamic Aspects of Drug Experience*. Brit. J. Med. Psychol. 39:157-162. 1966.
- KLEIN, M. *Contributions to Psychoanalysis*. Hogarth Press. London, 1935.
- KLEIN, M. *Mourning and its relation to Manic-depressive State*, en *Contributions to Psychoanalysis*. The Hogarth Press. London, 1940.
- KLEIN, M. y RIVIERE, J. *Love Hate and Reparation*. The Hogarth Press. London, 1953.
- KLEIN, M. *Our Adult World and its Roots in Infancy*. Tavistock Pamphlet. London, 1959.
- ROSENFELD, H. *On Drug Addiction*. Int. J. Psychoanal. 41:336-340. 1964.

CAPÍTULO XV

LA ADICCIÓN A LAS DROGAS Y AL ALCOHOLISMO

Al observar la literatura sobre este tema, se hace inmediatamente aparente la escasez de contribuciones que han resultado a pesar de los largos años de evolución del Psicoanálisis. Tal vez el origen de esta situación provenga del pobre interés que Sigmund Freud demostró en relación con la drogadicción y el alcoholismo, a partir del año 1887 en que concluyó sus últimos trabajos sobre la cocaína.

Según Siegfried Bernfeld (1953) el empeño de Freud en la materia derivaba del año 1884, cuando leyó un trabajo de Aschenbrandt que reportaba el resultado de la administración de cocaína a los soldados bávaros, quienes incrementaban su capacidad para resistir las maniobras militares. Freud utilizó el alcaloide en sí mismo y encontró que provocaba excitación y aumento en su capacidad de trabajo. Posteriormente leyó una monografía publicada en Estados Unidos sobre el tratamiento de adictos a la morfina por medio de la coca y decidió ayudar a su amigo Ernst von Fleische, quien sufría de morfinomanía contraída como resultado de una polineuritis intratable. El resultado fue que la nueva adicción se volvió peor que la anterior.

Al finalizar sus investigaciones, Freud visitó a Martha, por entonces su novia, a la que no había visto desde hacía un año. Con ello abandonó sus experimentos aunque en el mes de julio dejó terminado su manuscrito que tituló: *Über Coca*. En este trabajo se refería a la efectividad del alcaloide en: depresiones, neurastenia, desórdenes digestivos y aun el asma. Al final del mismo, el futuro descubridor del Psicoanálisis añadía un párrafo sobre la posibilidad de su uso como anestésico.

Entretanto, el doctor Karl Koller había estado buscando un analgésico local para la cirugía ocular. Al descubrir los efectos sistémicos de la cocaína y observar la desaparición del reflejo de la córnea, decidió ensayarlo en uno de sus pacientes y con ello adelantarse a los trabajos iniciados por Freud, aunque lo mencionaba en la bibliografía.

A pesar de que durante otros dos años, el psicoanalista continuó interesado en las propiedades de la cocaína y publicó un par de investigaciones más sobre el tema; es muy probable que los ataques que recibió a raíz de la adicción de Fleischl, así como el hecho de que la cocaína provocaba respuestas individuales, lo hicieron abandonar para siempre el estudio de los drogadictos.

Se puede asegurar que el enfermo que padece una adicción es sumamente difícil de manejar. En primer lugar la intoxicación produce la dificultad de la comunicación analítica y por otra parte el refugio que significa la droga y el placer que el adicto experimenta con ella, difícilmente pueden ser proporcionados por un tratamiento destinado a confrontar a una persona tanto con su realidad interna como externa.

Desde el punto de vista diagnóstico es difícil precisar la situación del drogadicto. Su excesivo narcisismo y la división de la personalidad ha hecho que se les considere como esquizofrénicos. La conducta repetitiva da lugar a que frecuentemente se les agrupe dentro de las neurosis obsesivo-compulsivas. Los cambios afectivos han llevado a pensar que es una especie de psicosis maníaco-depresiva. El predominio del impulso provoca que se les señale como antisociales. Parecería como si no existiera un acuerdo total en los diferentes investigadores, así como tampoco se ha logrado unificación del criterio en cuanto al tratamiento a utilizarse.

La primera alusión de Freud sobre las adicciones es en el sentido de su aspecto compulsivo. El 22 de diciembre de 1897 en una carta dirigida a Fliess afirma: "Se me ha ocurrido que la masturbación es el mayor hábito, la primera adicción y es únicamente el remplazamiento de ésta en otras direcciones por lo que vienen a existir: el alcohol, la morfina, el tabaco, etcétera."

En *Tres ensayos sobre la teoría de la sexualidad* (1905) Freud afirma que en los niños la zona erógena de los labios adquiere una gran significación y si esta región permanece activa en su significado, numerosas de estas personas fumarán o beberán en la vida adulta.

El aspecto onnipotente de la intoxicación por medio del alcohol aparece mencionado en *Duelo y melancolía* de 1917 en el que Freud afirma que ésta produce un estado de elación y una disminución de todas las represiones. Una cita semejante a la anterior es repetida en *El malestar en la cultura* de 1929. Resumiendo las ideas anteriores se podría decir que Freud pensaba que el uso de las drogas implica una regresión oral profunda, posee componentes compulsivos a semejanza de la masturbación y que ellas son utilizadas para combatir el estado depresivo.

En 1908 Abraham discutió las relaciones psicológicas entre el alcoholismo y la sexualidad. Sugiere que la intoxicación disminuye las inhibi-

ciones e incrementa la actividad sexual, no sólo de una manera normal, sino del tipo perverso, tales como: la homosexualidad, la escoptofilia y el exhibicionismo. El sadismo y el masoquismo latentes emergen y es por ello que numerosos crímenes son llevados a cabo durante las intoxicaciones alcohólicas. Al discutir la forma en que la gente bebe, Abraham afirma que se abandona el interés en las mujeres y se deposita éste en la copa. También observa la frecuente homosexualidad que se establece en los bares, cuando los alcohólicos se abrazan y se acercan uno al otro.

Sandor Ferenczi se refirió en varios trabajos al problema homosexual inconsciente que se esconde detrás del alcoholismo. Rado realizó un número importante de contribuciones al estudio de la adicción a drogas. En 1926 sugiere que la zona oral es la preponderante y compara la situación del drogadicto con las experiencias del recién nacido en su relación al pecho materno. El *yo* está completamente subyugado por el *ello* y la personalidad se transforma en un aparato autoerótico en la búsqueda de placer. El mundo externo es ignorado y la conciencia se desintegra. Esta última es atacada por los impulsos destructivos, de tal manera que se repiten las necesidades de castigo.

El efecto de la droga es la producción de un aparente bienestar. La genitalidad es abandonada y estados de angustia sobrevienen que provocan reacciones de la conciencia, por lo que aparecen alucinaciones terroríficas.

En un trabajo de 1933, Rado hace énfasis en la disposición narcisista del adicto a drogas, sugiere que aquellos que permanecen fijados en esta fase, reaccionan ante la frustración con depresiones profundas. La función y efecto de la intoxicación es disminuir esta tristeza. La elación resultante da lugar al desarrollo de una farmacotimia y el *yo* vuelve a ganar su posición narcisista. Sin embargo, este estado es transitorio y la depresión consecuentemente retorna.

Rado piensa que el masoquismo del drogadicto puede ser visualizado en las terribles alucinaciones y delirios, en los cuales los pacientes creen que son perseguidos o amenazados. Piensa asimismo, que la homosexualidad resultante es más que nada una expresión del masoquismo.

En 1958 el mismo autor hace hincapié en la omnipotencia del adicto a drogas. En este mismo trabajo puntualiza que éstos pueden ser: neuróticos o maníaco-depresivos y esquizofrénicos o antisociales.

Ernst Simmel considera el punto de vista de las estructuras psíquicas en relación al problema del alcoholismo. Para este autor resulta importante el estado en que se presenta el *yo*, puesto que debemos observar si éste se ha desintegrado en forma progresiva como resultado del excesivo uso de la bebida. Asimismo piensa que el alcohólico se encuentra en

una regresión oral que lo lleva a devorar sus objetos. Es decir, que en última instancia la bebida misma es un objeto odiado equivalente de la madre. El sentimiento de culpa y los tormentos que el paciente sufre cuando se encuentra sobrio, nos dan una idea del enorme componente depresivo que está en juego. Es por ello que Simmel piensa en un progreso cuando el enfermo no alcanza por medio del alcohol ese estado de elación que busca, pues entonces su sentimiento de miseria y culpa lo pueden obligar a buscar la ayuda terapéutica.

Robert P. Knight ha contribuido con varias monografías a la psicopatología del alcoholismo. Su punto de vista es que la adicción es más bien un síntoma que una enfermedad. En la mayoría de los casos pueden descubrirse componentes paranoides o esquizoides. Durante los periodos tóxicos todos los alcohólicos caen en estados psicóticos.

Según este autor las familias de los adictos presentan características comunes. La madre es indulgente y sobreprotectora. Siempre trata de satisfacer a su hijo, lo cual provoca a lo largo de la vida que busque pasividad y permisividad en las personas que los rodean. Cuando esto no sucede, el individuo que se embriaga se siente frustrado y reacciona con rabia y resentimiento.

El padre es generalmente frío e inafectivo. Casi siempre actúa en una forma dominante y envía a su hijo dobles mensajes que varían de la severidad a la condescendencia. Frecuentemente el hijo reacciona con resentimiento y la bebida puede significar una revuelta adolescente en contra de la figura paterna. A través del licor se intenta recuperar la autoestima disminuida por las actitudes del progenitor.

En la misma dirección que Rado postulaba, Knight piensa que el deseo de beber es una búsqueda del pecho materno, pero al mismo tiempo constituye un desafío en contra de: la sociedad, la moral y los padres. Después de la embriaguez, el paciente está disgustado y deprimido consigo mismo. No obstante, la confianza en el efecto mágico del alcohol no se ha perdido y los adictos piensan que las personas que los rodean, serán igualmente indulgentes hacia él, como lo fue su madre.

De acuerdo con Knight la técnica analítica ortodoxa resulta inefectiva por la intolerancia que representa para el paciente la pasividad del terapeuta.

A fin de determinar los elementos que intervienen en el alcohólico, Leonard Sillman comparó 53 pacientes crónicos con un grupo control. La diferencia que más llamó la atención fue la incapacidad del alcohólico para construir defensas contra la ansiedad, en comparación con el individuo común. Asociado con lo anterior se desarrolla entre los adictos una incapacidad para la sublimación y técnicas inadecuadas de autosuficien-

cia. Las personas del grupo control podían intervenir en ocupaciones predilectas que les ofrecen cierta satisfacción. Al parecer los alcohólicos pueden mantener ciertos compromisos sociales, pero éstos nunca pueden ser de carácter casual. Los adictos dan la impresión que en sus relaciones con la gente necesitan sumergirse en ellas. Esta distinción fue apreciada particularmente durante las entrevistas, pues los alcohólicos manifestaban un impulso o deseo de abrumar al examinador.

Se halló también una mayor sensibilidad a la hostilidad del medio ambiente. Es decir, la mayoría de los alcohólicos reaccionaban violentamente ante la desconsideración de los demás. La impulsividad y falta de represión en el adicto puede ser entendida como una expresión de agresividad no resuelta.

Otra característica notable que se encontraba entre los bebedores, era la necesidad de quebrar todo acoplamiento de dependencia con los objetos amados. En los años tempranos esto se manifiesta frecuentemente en actitudes de desafío frente a los padres. Más adelante esta misma situación vuelve a expresarse en el deseo de no depender de los lazos maritales. A fin de evaluar los hallazgos clínicos, Sillman resume la tríada alcohólica con tres características esenciales: 1. Búsqueda de la fusión con los objetos. 2. Desarrollo de la agresión no resuelta, y 3. Actitudes independientes hacia las personas queridas.

Algunos autores como: Robbins (1935), Benedeck (1936) y Lolli (1956) han investigado la relación existente entre las adicciones a drogas y la obesidad. Todos ellos coinciden en la frecuencia del elemento compulsivo, la depresión y el disgusto con la propia imagen que son semejantes en ambos padecimientos.

Merloo (1952) ha estudiado el problema de las drogas que producen éxtasis artificiales desde otro ángulo. Este autor piensa que existen tres mecanismos fundamentales en la adicción: 1. Búsqueda de la experiencia artificial extática. 2. Impulso hacia la autodestrucción, y 3. Una necesidad oral no resuelta.

Según Merloo el alcohólico revive una infelicidad que experimentó en su infancia, ahora con la madre introyectada. Por medio del éxtasis se induce una sensación oceánica que Freud describía en *El malestar en la cultura*, como la fusión del yo con el objeto. La intoxicación alcohólica o el sentimiento de pertenencia es una variante de esta experiencia.

Por otra parte, son fácilmente observables en estos enfermos las tendencias masoquistas y suicidas dado que los alcohólicos tienden a fingirse víctimas de las circunstancias. De la misma manera, Merloo señala las actitudes orales pasivas que son en el fondo regresiones a etapas primarias en el desarrollo.

En relación con algunos aspectos distintos del alcoholismo como enfermedad, Rosenman (1955) ha comparado el problema moral y religioso causado por la organización de AA. Es curioso que de todas las alteraciones psicológicas que sufre el ser humano, el alcoholismo sea la única que ha provocado la creación de una sociedad internacional con tonos éticos y creencias religiosas para la recuperación del paciente.

Ruth Fox (1952 y 1967) ha hecho énfasis en la complejidad del problema que no sólo está constituida por aspectos médicos y psiquiátricos, sino que envuelve determinantes factores sociales. La autora recomienda multiplicidad de las terapias para controlar la adicción al alcohol.

Herbert Rosenfeld (1960 y 1964) piensa que el adicto a drogas obtiene omnipotencia por medio del efecto farmacotóxico. Este enfermo se identifica con los objetos idealizados y niega las angustias depresivas y persecutorias. Las fases destructivas están aliadas con los aspectos de la manía. Siguiendo el esquema kleiniano, los objetos son divididos, de tal manera que una parte mala de la personalidad del adicto se identifica con la droga y durante la intoxicación lo lleva al exceso de actuación.

Aunque este autor piensa que en la superficie el conflicto edípico y la homosexualidad juegan un papel importante, se puede percibir durante el análisis, que la base del conflicto se encuentra en la primera etapa del desarrollo.

CARACTERÍSTICAS DEL ALCOHÓLICO

La Organización Mundial de la Salud ha definido desde 1949 a los alcohólicos como aquellos que bebiendo en exceso, muestran alteraciones: mentales o corporales, de sus relaciones interpersonales y un deterioro uniforme de la función social y económica.

Se sabe que los grupos étnicos muestran marcadas diferencias en las cifras de alcoholismo. Por ejemplo, el problema de esta enfermedad es 74 veces más importante como causa de psicosis entre los descendientes de los irlandeses que en los judíos. Aunque no existe explicación al respecto, Immanuel Kant la intentaba afirmando: "Los hebreos no se embriagan en general, o por lo menos lo evitan, debido a que su situación social es débil y por ello no necesitan llamar la atención." Lo que sí parece ser un hecho es el incremento del alcoholismo en la población general.

En los Estados Unidos de los 70 millones que utilizan el alcohol, puede considerarse que cuando menos 5 millones son adictos y que aumentan a razón de 200 mil por año. El padecimiento es la cuarta causa de muerte y provoca el 15% de admisiones a los hospitales para enfermedades mentales.

Desde el punto de vista metabólico existe una individualidad marcada de respuesta al alcohol. Jetter descubrió que en un grupo de mil sujetos que el 10.5% presentaban signos de intoxicación con una concentración de alcohol en la sangre de 0.05%, mientras que el 6.7% fue considerado sobrio con una cifra ocho veces mayor que la primera, es decir, 0.40%.

Las razones generales para la utilización del licor son claras. En nuestra cultura es un acompañante natural de las relaciones sociales y una técnica aceptable de alcanzar cierto bienestar. El alcohol tiene un efecto en los centros cerebrales que permite colocar afuera los problemas y reduce las inhibiciones. Aunque muchas de las actividades físicas y mentales disminuyen, el individuo incrementa su confianza y desarrolla una comunicación expansiva y amistosa.

No obstante, lo cierto es que tras la ingestión de 30 o 45 g. de alcohol (correspondiente a cerca de 1 litro de cerveza) se presenta una ligera dificultad en la percepción, aumento del tiempo de reacción y una disminución de la capacidad intelectual. Desde el punto de vista subjetivo existe un aumento de la fuerza de trabajo y facilitación aparente de los reflejos motores. Cuando se ingieren dosis mayores aparecen trastornos de la coordinación.

En realidad pueden reconocerse en el cuadro psíquico de todos los bebedores crónicos algunos rasgos. Bleuler (1924) hacía notar el curso asociativo laxo y superficial y la intensa necesidad de fundamentar las ideas de un modo causal. Como consecuencia de ello surgen las perturbaciones de la atención, que provoca la dificultad de los alcohólicos para seguir los cursos asociativos difíciles. Al cabo del tiempo se instala el mecanismo de torpeza intelectual, la falta de productividad y la rígida fijación a una rutina. Además se presenta con bastante frecuencia antes de que se observen alteraciones del juicio, una característica, anarquía de la memoria.

Pronto se evidencia una falta de la noción de las distancias sociales, tanto hacia arriba como hacia abajo, de suerte que los enfermos acaban por ignorar aparentemente todas las diferencias y formaciones de las jerarquías, así como de las reglas de urbanidad y de relación que comportan las situaciones.

Más tarde hacen su aparición las groseras perturbaciones de la conducta moral, tales como la rudeza que puede llegar hasta la brutalidad. Asimismo este estado de irritabilidad determina en los alcohólicos violentas explosiones de ira por motivos frecuentemente nimios.

Pueden presentarse perturbaciones del juicio. La muerte de un padre ocurrida hace treinta años es ahora llorada copiosamente ante extraños y

una ofensa recibida durante la niñez encoleriza a personas de cerca de cincuenta años de edad. Al mismo tiempo se muestra un cierto embotamiento ético, los más íntimos secretos de la familia incluyendo los de naturaleza sexual, son relatados ante personas desconocidas. Los impulsos libidinosos flotan libremente sin que exista una barrera capaz de detenerlos y algunos alcohólicos en gestos aparentemente amistosos y desinhibidos ofrecen sexualmente a sus seres más queridos.

En numerosos casos se hace difícil distinguir lo que es mentira o lo que representa una confabulación, siendo esta última una certidumbre en el alcohólico de que lo que se cuenta es auténtico. Hacen gala de sus buenos sentimientos y trazan grandiosos planes de trabajo científicos, económicos, artísticos o sociales, pero mientras realizan esta infinidad de proyectos continúan ingiriendo bebidas sin cesar.

Personas consideradas previamente cultas e inteligentes se enorgullecen en envilecerse, diciendo chistes de mal gusto, escuchando música chabacana, tramando intrigas o afirmando que son capaces de beber más que otros.

El *delirium tremens* es simplemente una reacción psicótica que ocurre en los alcohólicos crónicos, pero puede suceder también en el momento en que éstos se vuelven abstinentes. Las causas pueden ser una combinación de elementos fisiológicos y psicológicos. Puede resultar una crisis emocional provocada por angustia y tensión a consecuencia de un exceso de bebida y alteraciones del metabolismo hepático debidas a la acidosis, deshidratación y deficiencias nutricionales.

El delirio es precedido generalmente por un periodo de inquietud, irritabilidad, aversión a los alimentos y trastornos del sueño con pesadillas. Durante el acceso el enfermo presenta: 1. Confusión mental y desorientación, no reconoce a los familiares, amigos o médicos. 2. Alucinaciones aterradoras; en las paredes aparecen criaturas amenazantes. 3. Se muestra sugestionable y ataca a las pseudo-percepciones. 4. Temblores generalizados, y 5. Alteraciones de carácter fisiológico, pulso rápido e irregular, perspiración de aspecto profuso y hasta fiebre.

El síndrome descrito por el neurólogo ruso Serguei Korsakow, es una psicosis orgánica observada clínicamente en personas alcohólicas adultas y que sigue frecuentemente a sucesivos ataques de *delirium tremens*. Los síntomas que llaman la atención son: defectos de la memoria que hacen que los pacientes parezcan vivir en otros periodos de su historia. Confabulaciones, presentando la seguridad de los hechos inventados que relatan y polineuritis severa.

LA ADICCIÓN A DROGAS

Es la compulsión y dependencia en las llamadas drogas narcóticas y debe distinguirse de la habituación. En esta última existe el deseo y uso de la droga debido a su efecto psicológico, pero faltan los elementos de dependencia compulsiva, de tal manera que quien sufre un hábito no se siente obligado a incrementar la dosis. La habituación envuelve a las siguientes drogas: la marihuana, los hongos alucinatorios, el ácido lisérgico, las anfetaminas (benzedrina, methedrina, etcétera) y la cocaína.

Las características del adicto son: 1. Urgencia compulsiva de utilizar los narcóticos, y 2. Efectos de dependencia tanto psicológica como fisiológica, de tal manera que necesitan aumentar la cantidad, debido a una mayor tolerancia por parte del organismo. El problema de la drogadicción está centrado alrededor de los opiáceos (opio y sus derivados, morfina, heroína, codeína, etcétera) y los barbitúricos.

La adicción a drogas en los Estados Unidos abarca a unas 100 mil personas. Los hombres son cuatro veces más frecuentemente enfermos que las mujeres. Sin embargo, la cuestión es más importante por el aspecto delincuente que envuelve: robos, prostitución, mantener el abastecimiento, etcétera; que por su número.

Psicológicamente hablando, la mayor parte de los adictos consiste en individuos inmaduros e inadecuados con trazos pasivo-agresivos. Proviene de familias en las cuales el padre es débil o ausente. La madre tensa e infeliz, resiente a sus hijos y trata aparentemente de dominarlos a través de la sobreprotección.

Los efectos de los opiáceos pueden describirse como inmediatos e intensos. Después de unos cuantos segundos los sentimientos de tensión y angustia disminuyen y gradualmente desaparecen y son remplazados por una sensación afectuosa y un resplandor que fortalece al cuerpo entero. A continuación surge una relajación y euforia marcada que hacen sentir una aparente felicidad en el adicto, no importa lo desajustado que se encuentre en la vida real. El dolor, el hambre y el sexo se apaciguan. Aunque la persona se siente somnolienta, su mente está clara y entra en un estado de ensoñación y de distorsiones placenteras. El espacio se extiende y el tiempo se pierde hasta el punto de transcurrir los siglos en una sola noche.

La sensación puede durar de cuatro a seis horas y es seguida de inquietud y depresión que lo hacen suplicar por una dosis mayor. Si la operación se repite, la persona se va convirtiendo en dependiente de la droga para el resto de su vida.

La deterioración se va acentuando de tal forma que el drogadicto puede aun ser reconocido por su aspecto exterior. El intenso enflaquecimiento, la piel seca, lívida, teñida de un color amarillo sucio, la tendencia a erupciones, a la formación de: pústulas, forúnculos y abscesos. El cabello precozmente encanecido, las uñas frágiles y las pupilas contraídas, son signos que llaman la atención.

La tendencia de estos enfermos a las quejas somáticas sin base física alguna y con la intención de conseguir una dosis de la droga aparecen claramente. La memoria es insegura y débil. Al principio algunos adictos consiguen aun mantener en un cierto nivel sus aptitudes psíquicas y hasta es posible que cumplan mecánicamente con sus obligaciones profesionales, pero ya en ellos se observa una falta de iniciativa y para volver a reanimarse buscan una nueva dosis de la droga.

Lo mismo ocurre en el terreno emocional. Mientras su cuerpo pide el alcaloide se muestran: tristes, gruñones, hipcondriacos y melancólicos; mas cuando ha satisfecho esta necesidad se torna: alegre, amable y activo. La profundidad de la depresión alcanzada en el estado de "hambre por la droga" es como se comprende "de carácter variable; en algunos enfermos se producen graves accesos de angustia y éstos constituyen el mayor contingente de suicidas.

Cuando no se pueden obtener los opiáceos, sobrevienen los síntomas de privación. Los primeros indicios suceden a las doce horas: bostezos, estornudos, perspiración, seguidos de anorexia, pupilas dilatadas y temblores. A las 24 horas el adicto se siente débil, irritable y aprehensivo. El pulso, la presión arterial y la respiración aumentan. Los músculos sufren calambres. Surgen vómitos violentos, diarrea y deshidratación. Los síntomas se van acentuando de tal manera que a las 72 horas puede ocurrir un colapso, con agotamiento de los órganos internos. En vista de la tortura experimentada por la deprivación, la mayor parte de los psiquiatras se muestran partidarios de reducir los opiáceos en un periodo de 10 a 20 días.

En general la mayoría de las personas bajo el efecto de los opiáceos no experimentan sensaciones psicológicas particulares y aceptan con placer el alivio temporal que éstos proporcionan a sus dolores. Tan luego como el dolor ha cesado no pedirá más el alcaloide. Solamente cuando las inyecciones son prolongadas se manifiesta el efecto de la droga. Las personas inclinadas a las drogas e inadaptadas en su yo, experimentan euforia desde las primeras tomas. La aparente liberación las hace olvidar sus problemas y dificultades y sus mentes se sienten más sutiles, llenas de ideas y dicen presentar la inspiración más elevada.

BIBLIOGRAFÍA

- ABRAHAM, K. *The Psychological Relations between Sexuality and Alcoholism*, en *Selected Papers on Psychoanalysis*. Basic Books. New York, 1908.
- BENEDEK, T. *Dominant Ideas and their Relation to Morbid Cravings*. Inter. J. Psychoanal. 17:35-42. 1936.
- BERNFELD, S. *Freud's Studies on Cocaine 1884-1887*. J. Amer. Psychoanal. A. 1:581-613. 1953.
- BLEULER, E. *Textbook of Psychiatry*. McMillan. New York, 1924.
- BONAPARTE, M., FREUD, A. y KRIS, E. *La Naissance de la Psychanalyse*. Presses Universitaires de France. Lettre 79 (p. 211). Paris, 1959.
- BUMKE, O. *Tratado de las enfermedades mentales*. F. Seix. Barcelona, 1927.
- FERENCZI, S. *Alcohol and Neurosis*, en *Selected Papers*. Basic Books, Vol. I. New York, 1911.
- FOX, R. *Alcoholics Psychotherapeutics of Alcoholism*, en *Specialized Techniques in Psychotherapy*. Ed. Bychowsky, G. y Despert, L. Grove Press. New York, 1952.
- FOX, R. *Alcoholism: Behavioral Research, Therapeutics Approaches*. Springer. New York, 1967.
- FREUD, S. *Three Essays on the Theory of Sexuality*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. II. London, 1905.
- FREUD, S. *Mourning and Melancholia*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. XIV. London, 1917.
- FREUD, S. *Civilization and its Discontents*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. XXI. London, 1929.
- GOLDENSON, R. *The Encyclopedia of Human Behavior*. Doubleday. 2 vol. New York, 1970.
- KNIGHT, R. *The Psychodynamics of Chronic Alcoholism*. J. New Ment. Dis. 86:538-548. 1937.
- KNIGHT, R. y PROUT, C. *A Study of Results in Hospital Treatment of Drug Addiction*. Amer. J. Psychiat. 108. 1951.
- LOLLI, G. *Alcoholism as a Disorder of the Love Disposition*. Quart. J. Stud. Alcohol. 17:96-102. 1956.
- MERLOO, J. *Artificial Ecstasy*. J. New Ment. Dis. 115:246-266. 1952.
- RADO, S. *The Psychic Effect of Intoxicants. An Attempt to Evolve a Psychoanalytic Theory of Morbid Craving*, en *Psychoanalysis of Behavior*. Grune Stratton. Vol. I. New York, 1926.
- RADO, S. *The Psychoanalysis of Pharmacothymia (Drug Addiction)*, en *Psychoanalysis of Behavior*. Grune Stratton. Vol. I. 1933.
- RADO, S. *Narcotic Bondage. A General Theory of the Dependency on the Narcotic Drugs*, en *Psychoanalysis of Behavior*. Grune Stratton. Vol II. 1957.
- ROBBINS, B. *A Note on the Significance of Infantile Nutritional Disturbance in the Development of Alcoholisms*. Psychoanal. Rev. 22:101-105. 1935.

- ROSENMAN, S. *Pacts, Possessions and the Alcoholic*. Amer. Imago. 12: 241-274. 1955.
- ROSENFELD, H. *The Psychopathology of Drug Addiction and Alcoholism. A critical Review of the Psychoanalytic Literature*, en *Psychotic States*. International Universities Press. New York, 1964.
- ROSENFELD, H. *On Drug Addiction*, en *Psychotic States*. International Universities Press. New York, 1960.
- SILLMAN, L. *Alcoholismo crónico*, en *Enciclopedia de las aberraciones*. Ed. Podolsky, E. Psique. Buenos Aires, 1959.
- SIMMEL, G. *Alcoholism and Addictions*, en *Yearbook of Psychoanalysis*. Ed. Lorand, S. Vol. 5. International Universities Press. New York, 1949.
- WILLIAMS, R. *Alcoholismo crónico. Etiología un postulado*, en *Enciclopedia de las aberraciones*. Ed. Podolsky, E. Psique. Buenos Aires, 1959.

CAPÍTULO XVI

LAS DESVIACIONES SEXUALES

La decisión adoptada por la Asociación Psiquiátrica Americana en enero de 1974, de que la homosexualidad en sí misma, no constituye un desorden mental y que por lo tanto, debe desaparecer del Manual de Estadística y Diagnóstico de dicha corporación, representa un paso histórico de enorme importancia.

Anteriormente la homosexualidad era considerada como una subcategoría dentro de las desviaciones sexuales, junto con el fetichismo, la pedofilia, el transvestismo y otras perversiones. A partir de ahora existirá una forma de padecimiento que se denominará: "perturbación de la orientación sexual" y que se aplicará: "a aquellos individuos cuyo interés se dirija a personas del mismo sexo y que muestren alteraciones debido a ello, si tal situación les ocasiona conflicto y deseen cambiar su orientación sexual". La comisión decidió que la homosexualidad en sí misma, no constituye un desorden psiquiátrico y también se mostró en contra de las legislaciones que consideran ofensas criminales los actos sexuales realizados por personas adultas que están de acuerdo con ello en su vida privada.

La posición que se adoptó no indica que la homosexualidad deba ser aceptada como normal o que resulte tan deseable como la heterosexualidad; tampoco puede considerarse definitivamente como un desorden psiquiátrico, puesto que en numerosas ocasiones no se conoce perturbación en la esfera social, ni en la afectiva con la que funciona una persona que la practica.

Esta decisión ha tenido repercusiones socio-históricas de una gran trascendencia. La homosexualidad es tan antigua como la misma humanidad y ha ocurrido tanto en las grandes civilizaciones como en las culturas primitivas. No parece haber duda de que a lo largo de la historia en las poblaciones aztecas, egipcias, griegas, romanas, hasta los centros urbanos actuales, las costumbres sexuales no estuvieron alejadas de una cierta desviación erótica.

Homero en la *Iliada* nos habla del amor que sienten los guerreros y

un cierto grado de inversión aparece en la liga de Aquiles y Patroclo. En el *Simposium*, Platón escribió del amor sublime y parece referirse más bien a la amistad entre dos hombres que a la que podría existir entre un hombre y una mujer. Will Durant se sorprende acerca de la aceptación de la homosexualidad por parte de los griegos y describe que los mayores rivales de las prostitutas en Atenas, eran los jóvenes helenos. Los mercaderes importaban muchachos atractivos que eran vendidos en subasta, para ser utilizados como concubinas y posteriormente esclavos.

Los griegos no parecen haberse mostrado temerosos de expresar sus sentimientos homosexuales y el cuerpo de los jóvenes atletas era admirado, llenado de elogios en los poemas y cincelado en las más bellas esculturas. Parecía natural a los griegos que los hombres estuvieran apasionadamente atraídos por los jóvenes varones y era común que un hombre viejo se volviera mentor y amigo de un discípulo.

No obstante, los códigos penales atenienses contenían diversas leyes, todas ellas provenientes de Solón en el siglo VI a.c. que condenaban los abusos homosexuales. Las relaciones entre los adultos eran toleradas, pero no así las de un ciudadano libre con un esclavo. También existían leyes para proteger a los niños en contra de la seducción de los adultos, así como la prostitución de un hijo por su padre, lo que era objeto de severos castigos. A pesar de todo ello, la práctica homosexual era vista por la opinión pública de una manera humorística.

En lo que respecta a una sociedad preparada en una forma exclusiva para la guerra, como era la espartana, el amor era permitido sin ningún prejuicio en cuanto al género. Se estimulaba la amistad apasionada entre los hombres para darles mayor valor en la batalla.

Plutarco en sus *Vidas paralelas* afirma que en el año 323 a.c., cuando Alejandro Magno llegó a Babilonia para terminar el sepulcro de su íntimo amigo Hephaestión, el gran héroe cayó en un profundo duelo y se dio intensamente a la bebida, muriendo pocos meses después. Los dos generales compartían la misma tienda y es bien conocida la anécdota de que cuando la hija de Darío los conoció, se arrodilló pidiendo clemencia a Hephaestión por haberlo confundido con el rey y cuando el primero le señaló que el perdón debería provenir de Alejandro, éste dijo que ello no era importante, pues ambos eran uno solo.

En el mundo romano, de acuerdo con Durant, la homosexualidad floreció con abandono oriental. Horacio pensaba que su amante Lycibus podía mostrar mayor ternura que ninguna mujer. Los epigramas de Marcial tornan casi siempre a relaciones pederastas. Varias de las sátiras de Juvenal están dirigidas a la competencia entre hombres y mujeres por el amor de los primeros.

No parece existir duda acerca de la bisexualidad de Julio César. Era atractivo, aunque siempre preocupado con la delgadez de su cabellera. Casóse en varias ocasiones, algunas de ellas por razones políticas y siguiendo la costumbre de los tiempos; su promiscuidad sexual ambivalente hizo que Curio lo llamara: "Omnium mulierum vir et omnium virorum mulier" (El esposo de toda mujer y la esposa de todo hombre). Julio César continuó estos hábitos a lo largo de sus campañas, conquistando: tierras, hombres y mujeres; Cleopatra en Egipto, la reina Eunos en Numidia y tantas doncellas y esclavos en las Galias, de tal forma que sus soldados lo llamaban el "adúltero calvo". Su sucesor Antonio escandalizó al mismo César al guardar un harem de ambos sexos en su casa en Roma.

Petronio retrata una sociedad sin restricciones morales, cuyo único fin en la vida, es la búsqueda del placer. Su obra principal, *El Satiricón*, mezcla de verso y prosa, de la cual solamente sobreviven fragmentos, comienza con la seducción de un hombre joven, que a su vez se dedica a conquistar otros menores.

En *Las vidas de los Césares* de Suetonio se relatan todo tipo de orgías llevadas a cabo por Nerón, en las cuales hombres y mujeres sufrían igualmente todo tipo de crueldades. El emperador romano llegó hasta el punto de castrar a su favorito Sporus, después de lo cual llevó a cabo una ceremonia matrimonial.

Es importante hacer notar que el surgimiento del cristianismo trajo una moral sexual más estricta. La vigencia de la monogamia colocó el impulso dentro de ciertos límites y dio a la mujer su estado actual, puesto que la iglesia se interpuso contra el divorcio.

La homosexualidad fue prohibida y perseguida a partir de entonces en el mundo cristiano, mas no fue así en la civilización islámica. Aunque en un principio la fornicación de los pederastas era castigada con la muerte, el crecimiento de la riqueza musulmana dio lugar a una ética más liberal. Siempre existió un grupo de prostitutos denominados: "mu-khennath" que imitaba la conducta de las mujeres, puesto que: plateaban sus cabelleras, pulían sus uñas y ejecutaban danzas obscenas. En la corte de Harún, la homosexualidad se incrementó debido a la pasión del califa y a las canciones de su poeta favorito Abu Nuwas.

Entre los cruzados que invadían el Islam es bastante probable que existiera la promiscuidad sexual y resulta bien conocido el hecho de que cuando los templarios fueron acusados por su rey Felipe IV, uno de los delitos que se les achacaba, era practicar la homosexualidad sin ninguna medida.

Con el Renacimiento la inversión sexual fue revivida como en la

antigua Grecia. Los humanistas escribieron acerca de ella con gran erudición y un cierto afecto. Ariosto afirmaba que la mayor parte de los hombres de su tiempo eran aficionados a ella. Miguel Ángel, Julio II y Clemente VII fueron objeto de sospecha.

La figura más fascinante de la época, Leonardo da Vinci, fue incuestionablemente homosexual. De tal forma que tan pronto reunía algún dinero, juntaba en su estudio los jóvenes más atractivos de Florencia. No obstante, Leonardo no desconocía la belleza femenina, la cual dibujó maravillosamente, pero como Sócrates, parece haber preferido la compañía de los hombres. En la edad madura mostró desagrado hacia toda actividad sexual. Leonardo ha sido objeto de un famoso trabajo de Freud que resumiremos más adelante.

En la literatura inglesa del siglo xvi se pueden encontrar numerosas alusiones homosexuales. Shakespeare escribió sonetos dedicados a un joven y es probable que el enorme escritor presentara algunos elementos de división dentro de él. Christopher Marlowe escapó de ser ejecutado por sus prácticas homosexuales debido a que fue asesinado en una taberna.

El desgraciado rey Jaime I fue coronado a la edad de trece meses cuando su madre María Estuardo se encontraba cautiva en Lochleven. Tenía ocho meses de edad cuando su presunto padre Darnley había sido asesinado. A los diez meses de edad fue la última vez que vio a su madre. Toda su educación fue llevada a cabo por profesores hostiles a su progenitora. La vida trágica de este rey, lo convirtió en uno de los mejores bebedores de Europa. Aunque casóse con la princesa Ana de Dinamarca, su gusto por las mujeres no duró mucho y es conocido el hecho de que uno de sus favoritos, Robert Carr, escapó del patíbulo debido a que amenazó con hacer públicas sus relaciones con el monarca. Enrique III de Francia, hijo de la dominante Catalina de Médicis y un padre ausente y desligado como fue Enrique II, desarrolló un carácter afeminado de tal forma que llegó a aparecer en un baile con un collar de perlas en torno al cuello y aretes en las orejas. Alrededor suyo hubo cerca de una docena de "mignons" que se pintaban en la misma forma que las mujeres de la corte. Con estos hombres inciertos como refiere Durant, llegó a gastar sumas considerables dejando al país casi en bancarrota.

Su nieto Luis XIII, también homosexual, tuvo que ser empujado a la cama de su esposa Ana de Austria y cuando ésta abortó, pasaron cerca de trece años antes de que volviera a acercarse a ella. La corte decidió que tomara una amante, pero el rey tenía otros gustos.

En la Inglaterra del siglo xviii florecieron los burdeles homosexuales, aunque los actos de este tipo fueron perseguidos por la ley. Selwyn describía a los que denominaban "macaronis", que circulaban por las calles

de Londres y que denominaba: "Un tipo de animal que no pertenece a ningún sexo."

Guillermo III fue un enamorado del Earl Albermarle que fue su favorito a lo largo de su reinado. Sobre la moral de este tiempo, Adam Smith escribía: "En cada sociedad en donde se ha establecido una diferenciación de clases, siempre han existido dos esquemas o sistemas, uno que podría ser calificado como austero y el otro liberal, el primero es reverenciado por la gente común, el otro es adoptado por lo que pudiera denominarse gente de la moda."

Algunos personajes importantes han sido objeto de debate en cuanto a sus inclinaciones sexuales. En las memorias de Voltaire, afirma sobre Federico el Grande, que éste era homosexual. El rey nunca tuvo inclinación por las mujeres y sí por varios favoritos de su juventud. Napoleón Bonaparte es juzgado con aspectos divididos en el libro de Richardson (1972).

Sin embargo, no existe sospecha alguna sobre la homosexualidad del rey Luis II de Baviera, quien intimaba con el actor Kainz y después con la servidumbre.

En la Alemania nazi, Hitler tomó una actitud ambivalente hacia el problema. Es un hecho que durante un tiempo toleró la desviación sexual de Ernst Roehm, debido a que afirmaba que su talento y conexiones eran más importantes que cualquier doctrina moral. En algunos discursos de Hitler se puede detectar una nota de simpatía y pesadumbre acerca de que las cualidades de ciertos homosexuales puedan perderse por su falta de descendientes. No obstante, en cuanto lo encontró oportuno, el dictador asesinó a Roehm argumentando pureza moral. Es interesante hacer notar que de acuerdo con el sociólogo Michels la población homosexual alemana se duplicó durante los primeros años del nazismo.

En el presente siglo la división entre los que denuncian las desviaciones sexuales y los que se vanagloriaban debido a ellas ha dado lugar a intensa polémica. Wilde a través de sus sensacionales juicios, Verlaine por medio de poemas, Proust en su *Sodoma y Gomorra*, Gide con *Corydon*, han originado un debate que posiblemente termine con la actitud tomada por la Asociación Psiquiátrica Americana.

EL PUNTO DE VISTA PSICOANALÍTICO

Las primeras ideas de Freud sobre el problema de la homosexualidad aparecen en *Tres ensayos sobre la teoría sexual*. Al hablar de la conducta de los invertidos, los divide en tres grupos: 1. Los absolutos, en los cuales el objeto pertenece a su propio sexo y que nunca muestran deseos hacia

personas del sexo opuesto; 2. Los amfigénicos, en los cuales no existe exclusividad en la búsqueda de la relación sexual. Los hermafroditas serían un ejemplo de ello, y 3. Los contingentes, los cuales por falta de accesibilidad del objeto son capaces de tomar a una pareja de su propio sexo.

Según Freud algunos invertidos aceptan su homosexualidad en tanto que otros se rebelan contra su destino y son tratables por medio del procedimiento psicoanalítico. No se conoce a ciencia cierta cuándo se inicia la perversión, se puede pensar en una especie de amnesia infantil hacia el origen del padecimiento. Cabría la posibilidad de oscilaciones a lo largo de la vida en cuanto al objeto sexual.

Con respecto al criterio prevaleciente en su época de que los homosexuales eran individuos degenerados, el psicoanalista se opone terminantemente a tal designación por las siguientes razones: 1. La homosexualidad es encontrada en personas que no exhiben otra desviación de lo normal; 2. Es observada asimismo en individuos cuya eficiencia no muestra alteración alguna y que incluso en su funcionamiento intelectual desarrollan altas cualidades, y 3. La inversión ha sido observada tanto en los pueblos más civilizados como en las razas más primitivas.

Influenciado por Fliess, Freud termina refiriéndose en este artículo al problema de la bisexualidad y niega la vigencia de las ideas de Krafft Ebbing, según el cual los homosexuales masculinos tendrían un cerebro femenino. Las glándulas endocrinas que desarrollan los genitales en su forma final, funcionan a partir de la pubertad independientemente del llamado cerebro masculino o femenino.

Freud pensaba que la bisexualidad está íntimamente relacionada con el objeto sexual. Éste siempre reúne y combina características de ambos sexos. En las mujeres esta situación es menos ambigua, puesto que ellas tienen mayores facilidades para exhibir su masculinidad.

Al referirse a la utilización del orificio anal en la homosexualidad, Freud habla de la atracción que hacia los individuos del mismo sexo se siente durante la pubertad. No obstante, éste no podría ser un factor desencadenante sino tal vez, la sociedad prohibitiva o bien aquellos hombres que amaron a sus madres en la infancia y no pudieron cambiar ese afecto hacia las otras mujeres. El psicoanalista describe a continuación que el padre contribuye con la actitud competitiva que entabla con el hijo, lo cual provoca que la dirección instintiva cambie de trayecto.

En su trabajo sobre *Leonardo da Vinci y una memoria de su infancia* (1910) el descubridor del Psicoanálisis hace por primera vez hincapié en el problema de la génesis de la homosexualidad, como exclusiva de un conflicto con los padres. De acuerdo con Freud, el invertido tiene una liga de tipo erótico con la madre durante la primera infancia. Ésta, que

frecuentemente es masculina, empuja al padre fuera de la casa y lo coloca en una posición inadecuada. La ausencia del padre y la influencia femenina someterían al hijo, de tal forma que si el padre fuera lo suficientemente fuerte, corregiría la relación de objeto que hace al hijo homosexual.

A continuación de estos párrafos es cuando Freud menciona por primera vez el problema del narcisismo y la preferencia hacia el propio sexo en el ser humano. No obstante estos descubrimientos trascendentales, el autor no se mostraba concluyente y consideraba que podían haber otros factores en la génesis de la homosexualidad, aunque sí admite que todos los elementos mencionados explican la problemática de Leonardo y su atracción hacia sus discípulos.

En *Introducción al narcisismo*, publicado en el mismo año, Freud demuestra que en las desviaciones sexuales las personas que las sufren no han tomado como objeto de su amor a sus madres, sino a sí mismos. Divide las búsquedas de objeto en dos formas principales: narcisistas y anaclíticas y afirma que una persona puede amar:

1. De acuerdo con el tipo narcisista,

- a) lo que él mismo es,
- b) lo que fue,
- c) lo que le gustaría a uno ser,
- d) alguien que fue parte de uno mismo.

2. De acuerdo con la liga anaclítica,

- a) la mujer que le da a uno de comer,
- b) el hombre que nos protege.

En *Psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina* (1920) Freud realiza un estudio cuidadoso de la sexualidad de la mujer y en una historia clínica detallada nos presenta un caso de desviación sexual como resultado de un desafío al padre.

Respecto a la curación de la homosexualidad, Freud se muestra escéptico y es aquí donde afirma una aseveración que se hizo famosa de acuerdo con la cual, es igualmente difícil convertir a un invertido en heterosexual, que transformar a un heterosexual en homosexual.

En *Algunos mecanismos neuróticos en los celos, la paranoia y la homosexualidad* de 1922, el descubridor del Psicoanálisis afirma que el reconocimiento de la homosexualidad se inicia al terminar la pubertad en que se observa que un joven que hasta ese momento se encontraba fijado

a su madre, cambia en su actitud, se identifica con ella y busca objetos amorosos que podrá amar en la misma forma que su madre lo quiso a él. Existirá por lo tanto una fijación hacia la figura materna que le impide pasar a otra mujer.

Además surgirá una valoración exagerada del órgano fálico y una falta de tolerancia hacia todo individuo que no posea ese órgano. También aparecerá el desprecio hacia la mujer y su repudio. Freud piensa que el temor al padre juega un papel fundamental, puesto que la renuncia a la figura femenina, significa en el fondo una rivalidad con el progenitor.

Por consiguiente, los factores esenciales en el desarrollo de la homosexualidad serán: liga intensa con la madre, narcisismo y temor a la castración. Aunque los elementos antes citados serán los principales en el mecanismo de la inversión, Freud también considera que los celos hacia el hermano mayor son importantes, puesto que éste puede ser el primer objeto de amor y al mismo tiempo crear problemas persecutorios en el homosexual.

En *Dostoyevsky y el parricidio* (1928) el psicoanalista vienés repite la idea de la castración en la génesis de la homosexualidad latente del célebre autor de *Crimen y castigo*. Dostoyevsky muestra en sus personajes principales, actitudes tiernas hacia los rivales y posiciones pasivas ante los enemigos.

De acuerdo con este origen de la inversión sexual, los padres internalizados se convierten a partir de la etapa edípica en el *superyo*, y si éste fue sádico, el yo se transforma en masoquista y actúa de una manera femenina.

En *Análisis terminable e interminable* (1937) Freud hace una amplia disquisición acerca de los instintos. De acuerdo con su posición teórica todos los seres humanos son bisexuales en el sentido de que su libido es distribuida de una manera latente o manifiesta hacia objetos de ambos sexos. Sin embargo, la homosexualidad no se hará aparente más que cuando exista un conflicto irreconciliable en la infancia.

Así como la función heterosexual estará alterada en las personas con homosexualidad latente, también se podrá observar en ellas una mayor conflictiva neurótica. Cada individuo tiene una cierta cuota de energía sexual a su disposición, con la cual los instintos (erótico y destructivo) luchan por su supremacía. El incremento del impulso agresivo contra el sexual constituye el principal problema del ser humano.

Otros mecanismos de la homosexualidad han sido señalados por otros psicoanalistas desde Freud hasta nuestros días. Abraham en 1908 consideró a ésta como un intento de compensar la etapa edípica, en la cual el varón toma al padre como objeto de su amor en lugar de la madre.

Sandor Ferenczi hizo una contribución importante en *La nosología de la homosexualidad masculina*, en 1909. El autor considera la división de los invertidos en activos y pasivos como inadecuada. Ferenczi prefiere denominarlos sujetos y objetos. Los primeros se identifican como mujeres y actúan sentimientos de ternura, buscan la belleza y usan vestuario femenino. Los objetos se posesionan de papeles masculinos. Son los favoritos del padre y desarrollan una sexualidad precoz. Sus necesidades heterosexuales fueron frustradas por la madre especialmente durante la pubertad. Inconscientemente igualan las nalgas con los pechos.

En cierta forma la teoría de Ferenczi es importante porque hace una diferenciación homosexual de acuerdo con la identificación que el individuo presenta. Los sujetos rara vez buscan tratamiento, los objetos pueden ser psicoanalizados.

Ernest Jones en 1927 en un trabajo sobre mujeres lesbianas fue el primero que hizo énfasis en el aspecto oral, así como percibió también el intenso sadismo que se halla presente en la mayoría de los homosexuales.

Melanie Klein desarrolla sus ideas sobre el problema de la desviación sexual en 1952 y piensa que la primera fase del desarrollo es preponderante. La autora ha observado en sus análisis de niños que las fijaciones orales determinan la naturaleza de la organización genital.

Según Klein las fantasías canibalísticas hacia el pecho materno son proyectadas al mundo externo y esto condiciona el temor de ser devorado por el objeto amado. La vagina es sentida por el homosexual masculino como la boca y viene a representar un órgano castrante y devorador. De esta situación resulta la búsqueda exclusiva de relaciones con el hombre en el cual los genitales simbolizan al pecho. Los determinantes de la homosexualidad para Klein, son en cierta forma relacionados con etapas previas del desarrollo de las ideas de Freud, aunque en 1922 el fundador del Psicoanálisis insinuaba que la fijación temprana hacia la madre impide pasar al desviado a otra mujer.

Sandor Rado (1940 y 1949) piensa que los temores al sexo opuesto determinan la adaptación homosexual. Según este autor el individuo con el que se tienen relaciones, es a través de los procesos simbólicos de la fantasía un objeto heterosexual. El acto sexual con una mujer será evitado debido a la rivalidad que se sintió hacia el padre.

Bichowsky (1961) ha hecho hincapié en el aspecto estructural en el desarrollo de la homosexualidad. El yo experimenta su relación temprana con los padres en un nivel que se puede denominar no-sexual. Los actos de los individuos invertidos pueden ser vistos como una descarga instintiva ligada con introyectos ambivalentes tempranos. En cierta forma el yo del homosexual ha negado la visibilidad y elimina el falo de su propia

imagen, buscando genitales en otros hombres a los que admira hasta la adoración.

Un estudio psicoanalítico de la homosexualidad masculina fue llevado a cabo por Irving Bieber y sus colaboradores en 1962. Este libro es de una gran importancia, debido al manejo estadístico llevado a cabo por los autores. Se formó un comité de 77 analistas de los cuales 12 eran mujeres que aportaron los datos obtenidos acerca de 106 pacientes homosexuales en tratamiento que vivían en los alrededores de Nueva York. Los datos fueron registrados por medio de computadoras para manejar su volumen y compararlo con un grupo control.

En la relación madre-hijo se consideró que 69% de ellas estaban íntimamente cercanas a sus hijos y promovieron homosexualidad al interferir en el desarrollo heterosexual, impidiendo la expresión de la conducta masculina. La mayoría de las progenitoras preferían al hijo que se volviera invertido a su marido y actuaban un romance con él. Además exigen competencia entre ellos.

La mayoría de los padres de los homosexuales, 79% de ellos, fueron clasificados como desligados, esto quiere decir que mostraban una falta de afecto hacia sus hijos impidiendo la identificación de estos últimos. Todos fallaban en proteger al futuro desviado sexual de la influencia de la progenitora.

Los homosexuales que se derivaban de algunos padres menos desligados eran más productivos y tenían mejor pronóstico. Con relación a los hermanos se observó que la mayoría de los invertidos preferían a sus hermanas y que competían dolorosamente por el cariño de la madre.

La conclusión en cuanto al sistema triangular observado por Bieber en la mayoría de los homosexuales, estaba formado por una madre dominante que minimizaba a su esposo, quien al mismo tiempo es un padre desligado y hostil.

En cuanto al desarrollo del futuro homosexual se observó que de niño presentaba un exceso de temor hacia el ataque físico. Además éstos eran excesivamente dependientes e inhibidos. Escasos niños con tendencia a la desviación sexual eran atletas y ellos mismos se consideraban débiles y frágiles.

Como adultos los homosexuales se mostraban temerosos de las mujeres con las cuales existía la posibilidad de contacto genital. La mayoría de ellos, de acuerdo con sus psicoanalistas, encontraban cualidades masculinas en sus amantes. Éstos eran identificados con el padre o el hermano. Un grupo grande de los homosexuales eran atraídos por los amantes de pene largo. Una fascinación especial por las nalgas del amante fue hallada en un tercio de los desviados.

Aunque algunas relaciones pueden ser estables, la continuidad es poco usual. La gratificación genital es una meta tanto en los homosexuales como en los heterosexuales, pero en los primeros aparecen con más frecuencia los elementos hostiles y competitivos y esto evita una relación estable. La ambivalencia lleva a un número importante de las uniones homosexuales al caos.

El estudio sostiene en cierta forma la idea de Rado en el sentido de que el miedo al sexo opuesto es un factor importante para que aparezca la homosexualidad. Las madres posesivas e inseguras que impiden la expresión de conducta masculina en sus hijos promueven la desviación sexual, sin embargo, el padre es igualmente un factor fundamental, dado que no protege a su hijo de la influencia nociva de la madre.

El concepto de que existe una incapacidad en el homosexual para la individuación, ha sido sostenido por Charles Socarides desde 1968. La estrecha unión de la madre con su hijo impide el que éste funcione individualmente. Además es frecuente observar en los invertidos el temor de ser aniquilados, la fragmentación y la pérdida de los límites del yo.

Algunos autores se muestran optimistas en relación al tratamiento de los homosexuales. Entre ellos están Bieber (1962), Socarides (1968) y Hatterer (1971), quienes aseguran lograr resultados terapéuticos hacia la heterosexualidad cuando menos en un tercio de los casos. Otros como Marmor (1969) consideran que el tratamiento del homosexual no debe perseguir como meta un cambio en la inclinación genital. Es probable que solamente una de cada doce personas con desviación sexual busque ayuda técnica. La mayoría de los homosexuales no desean cambiar y Kinsey tenía cierta razón al afirmar que: "El único acto sexual antinatural es aquel que no puede uno llevar a cabo." En su libro publicado en 1948 este autor reportó que el 37% de los varones admitieron haber tenido orgasmo a través de cierto tipo de relación homosexual que había ocurrido después de la adolescencia y el 8% de ellos habían llevado a cabo actividad invertida después de la edad de 16 años.

No obstante, se puede afirmar que la homosexualidad femenina no resulta tan prevalente como la masculina de acuerdo con Kinsey. Solamente 28% de las mujeres en contraste con 50% de los varones, admitieron haber tenido contacto sexual con personas de su propio sexo. Entre las solteras que oscilaban de 36 a 40 años, únicamente 10% de ellas llevaban a cabo contactos homosexuales, en comparación con el 40% de los hombres.

Históricamente la homosexualidad femenina posee también raíces en el pasado. Su práctica fue aceptada en Grecia y Roma y en ambas ciudades existían burdeles para ambos sexos. La palabra lesbiana es derivada de la

isla de Lesbos y, al igual que los hombres, las mujeres homosexuales han contribuido con su sensibilidad al desarrollo de la cultura desde Safo hasta Colette.

Las mujeres lesbianas practican como los hombres la masturbación o el cunilingus. La psicóloga Toby Bieber (1971) ha encontrado un sistema triangular parecido al que se manifiesta en la homosexualidad masculina, pero en una situación invertida. El padre es dominante, posesivo y promueve conducta masculina en su hija. La madre resulta en este caso pasiva y distante. Los trabajos psicoanalíticos que se refieren exclusivamente a la homosexualidad femenina son escasos. Tal vez ello sea debido, como afirma Socarides, a la cultura falocéntrica, sin embargo, podría asimismo afirmarse la falta de mujeres que buscan tratamiento por este problema, que habitualmente no provoca disgusto en la sociedad en que vivimos. Muy pocas mujeres son perseguidas debido a sus prácticas y no conozco de ningún caso de encarcelamiento.

Entre los psicoanalistas que han reportado análisis de homosexualidad femenina se encuentra Ernest Jones, quien tuvo la oportunidad de tratar 5 pacientes en una misma época. El énfasis del psicoanalista inglés es en el aspecto oral y sádico y dividió a las pacientes con esta desviación en tres grupos: 1. Las que retienen su interés por los hombres y desean ser aceptadas como uno de ellos; 2. Aquellas que buscan feminidad en las amantes, y 3. Las que aceptan cualquier relación con tal de que el pene sea sustituido por la lengua o el dedo y prefieren que el acto se lleve a cabo por una mujer.

En 1933 H. Deutsch hizo énfasis en la identificación con una madre activa que se reproduce en todas las relaciones. R. de Saussure (1929) piensa que existe una atracción de la mujer homosexual hacia amantes que hayan hecho sufrir a los hombres. Lampl de Groot (1933) describió las fantasías de un coito fálico con la madre en una paciente analizada por ella.

Desde el punto de vista anatómico la homosexualidad debe ser considerada como una alteración. Los órganos deben tener una función para la cual fueron creados, sin embargo, antropológicamente, desde el punto de vista sociológico y legal deben estar en igualdad de condiciones los homosexuales que la población general.

BIBLIOGRAFÍA

- ABRAHAM, K. *The Psychological Relations between Sexuality and Alcoholism*, en *Selected Papers on Psychoanalysis*. Basic Books. New York, 1908.

- BLEUEL, H. *Sex and the Society in Nazi Germany*. Bantan. New York, 1974.
- BICHOWSKY, G. *The Ego and the Object of the Homosexual*. Inter. J. Psychoanal. 62:255-259. 1961.
- BIEBER, I. *Homosexuality*. Basic Books. New York, 1962.
- BIEBER, T. *Group-Therapy with Homosexuals*, en *Comprehensive Group Therapy*. Ed. Kaplan, H. William Wilkins. Baltimore, 1971.
- DE SAUSSURE, R. *Les fixation homosexuelles dans les femmes neurotique*. Rev. Franç. Psychanal. 3:50-91. 1929.
- DEUTSCH, H. *On Female Homosexuality*. Psychoanal. Quart. 1:484-510. 1932.
- DURANT, W. *The Story of Civilization*. Simon Schuster. 11 vols. New York, 1963-1975.
- FERENCZI, S. *The Nosology of Male Homosexuality*, en *Selected Papers*. Basic Books. Vol. 1. New York, 1909.
- FREUD, S. *Three Essays on the Theory of Sexuality*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. VII. London, 1905.
- FREUD, S. *Leonardo da Vinci and a Memory of his Childhood*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. XI. 1910.
- FREUD, S. *On Narcissism: An Introduction*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. XIV. London, 1915.
- FREUD, S. *The Psychogenesis of a Case of Homosexuality in a Woman*. Standard Edition. The Hogarth Press. London, 1920.
- FREUD, S. *Some Neurotic Mechanisms in Jealousy, Paranoia and Homosexuality*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. XVIII. London, 1922.
- FREUD, S. *Dostoyewsky and Parricide*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. XXI. London, 1928.
- FREUD, S. *Analysis Terminable and Interminable*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. XXIII. London, 1937.
- HATTERER, L. *Changing Homosexuality in the Male*. McGraw Hill. New York, 1971.
- HOMERO. *La Iliada*, en *Obras Completas*. EDAF. Madrid, 1967.
- JONES, E. *Early Development of Female Homosexuality*. Inter. J. Psychoanal. 8:459-472. 1927.
- KINSEY, A., POMEROY, W. y MARTIN, C. *Behavior in the Human Male*. W. B. Saunders. Philadelphia, 1948.
- KINSEY, A., POMEROY, W., MARTIN, C. y SAUNDERS, P. *Sexual Behavior in the Human Female*. W. B. Saunders. Philadelphia, 1953.
- KLEIN, M., HEIMANN, P., ISAACS, S. y RIVIERE, J. *Development in Psychoanalysis*. The Hogarth Press. London, 1952.
- LAMPL DE GROOT, J. *Problems of Femininity*. Psychoanal. Quart. 2:489-518. 1933.
- MARMOR, J. *Normal and Deviant Sexual Behavior in Psychiatry in Transition*. Basic Books. New York, 1969.
- PETRONIO. *El Satiricón*. El Ateneo. Buenos Aires, 1959.
- PLATÓN. *Los diálogos*. EDAF. Madrid, 1962.
- PLUTARCO. *Vidas paralelas. Alejandro y César*. EDAF. Madrid, 1962.

- RADO, S. *A Critical Examination of the Concept of Bisexuality*, en *Psychoanalysis of Behavior*. Grune Stratton. New York, 1940.
- RADO, S. *An Adaptational View of Sexual Behavior*, en *Psychoanalysis of Behavior*. Grune Stratton. New York, 1955.
- RICHARDSON, F. *Napoleon: Bisexual Emperor*. W. Kimber. London, 1972.
- SOCARIDES, CH. *The Historical Development of Theoretical and Clinical Concepts of Overt Female Homosexuality*. J. Amer. Psychoanal. A. 11:386-414. 1963.
- SOCARIDES, CH. *The Overt Homosexual*. Grune Stratton. New York. 1968.
- SOCARIDES, CH. *Homosexuality*, en *American Handbook of Psychiatry*. Ed. Arieti, S. Basic Books. Vol. III. New York, 1974.
- SUETONIO. *Los doce Césares*. El Ateneo. Buenos Aires, 1959.
- VOLTAIRE, J. *Oeuvres Completes*. I. Besterman. París, 1957.
- WEST, J. *Homosexuality*. Penguin Books. Middle Essex, 1974.

CAPÍTULO XVII

LAS REACCIONES PSICOFISIOLÓGICAS

Se podría afirmar que los desórdenes hoy en día llamados psicofisiológicos, son todas las alteraciones en la estructura y función de los órganos del cuerpo, que resultan de los problemas emocionales que el ser humano sufre. Estos síntomas físicos o somáticos se producen por sobreactividad del sistema nervioso autónomo.

Es importante señalar aquí que Freud rara vez mencionó la posible aplicación del Psicoanálisis en el tratamiento de las enfermedades orgánicas. Posiblemente el origen de esta situación se derive de la resistencia que encontró por parte de los círculos médicos de Viena para la aprobación del procedimiento que había descubierto.

Como se puede observar revisando el índice de la edición standard, la palabra psicósomático nunca aparece citada en la extensa obra de Freud. Sin embargo, resulta un hecho absoluto que el psicoanalista vienés junto con Joseph Breuer inician la utilización de los procesos psicológicos para descubrir el origen de la somatización en las histerias. La cuestión de diferenciar el problema conversivo de la reacción psicofisiológica surge con frecuencia. En la primera, el control voluntario del órgano es fácilmente perceptible, pues afecta porciones inervadas por el sistema nervioso periférico tales como: los brazos, piernas, globos oculares, etcétera.

En las reacciones psicofisiológicas siempre se encuentra envuelta una viscera, no controlada voluntariamente e inervada por el sistema simpático o parasimpático. Se podría añadir aquí que en las reacciones psicofisiológicas la angustia está representada por el padecimiento, en tanto que en las conversiones se presenta la llamada por los autores franceses: "belle indifference" y además el paciente puede obtener una ganancia secundaria.

De todas maneras la diferencia fundamental entre las reacciones psicofisiológicas y las conversiones reside también en la presencia en estas últimas, de fantasías específicas que se transforman simbólicamente en un lenguaje del cuerpo.

Existen en la obra de Sigmund Freud algunas alusiones en relación con las reacciones de los órganos a los efectos de las emociones. En 1895 en su trabajo para diferenciar la neurastenia de las reacciones de angustia, Freud expresa que las excitaciones sexuales así como la ansiedad, pueden ser suplantadas por sensaciones en los aparatos: intestinal, respiratorio o circulatorio.

En 1910 al escribir *El punto de vista psicogénico y las alteraciones de la visión*, Freud señala que existen dos tipos de desórdenes en la percepción sensorial por medio de la vista, uno funcional y otro conversivo. El psicoanalista califica a ambos como neuróticos y no se atreve a utilizar un nuevo término para designar los desórdenes fisiológicos.

Con una nota en el trabajo sobre *El inconsciente* de 1915, hace hincapié en que los afectos se manifiestan esencialmente en descargas motoras: secretoras o circulatorias que pueden alterar el cuerpo humano.

En 1926 con la publicación de *Inhibición, síntoma y angustia*, Freud señala los aspectos inhibitorios fundamentales en la función sexual cuando afirma en relación a la impotencia: "La perturbación puede instaurarse en cualquier punto de la misma. Los síntomas principales de la inhibición en el hombre son: 1. La desviación de la libido al principio del proceso; 2. La falta de preparación física indispensable (falta de erección); 3. La abreviación del acto (la *ejaculatio praecox*); 4. La interrupción del mismo antes de su desenlace natural (falta de eyaculación), y 5. La falta del efecto psíquico (de la sensación de placer del orgasmo)." Es decir, que en este trabajo Freud se daba cuenta de que la sexualidad dependía de la interrelación entre el estímulo psíquico y la respuesta fisiológica. Cualquier alteración de los reflejos coordinados podía causar la impotencia en el hombre; es por ello que las consideraciones psicosomáticas aparecían aquí enmarcadas.

Es común que se atribuya a algunos de los primeros analistas: Ferenczi, Groddeck y Felix Deutsch el haber sido los iniciadores del estudio de lo que hoy en día denominamos medicina psicofisiológica, sin embargo, la mayoría de las aportaciones de estos pioneros, pueden considerarse arcaicas y hasta confusas. Se puede afirmar aquí que el concepto de la influencia de las emociones sobre el cuerpo humano no pudo iniciarse hasta 40 años después de comenzado el movimiento psicoanalítico. Inclusive los primeros autores como Walter Cannon quien publica *The Wisdom of the Body* en 1935, no hacían mención alguna de la obra de Freud o de los psicoanalistas ortodoxos.

No obstante lo anterior, podemos afirmar que los analistas comprendieron pronto la trascendencia de sus posibles aportaciones a este campo y a partir del año 1939, iniciaron la revista *Psychosomatic Medicine*, que

tanto ha contribuido al desarrollo de las ideas actuales respecto a las reacciones psicofisiológicas.

Las contribuciones más importantes de Cannon surgieron cuando observó que el miedo, la rabia y otras emociones provocan incremento de la respiración, el latido cardíaco, aumento de la presión arterial y vasoconstricción; mientras que los procesos digestivos decrecen. Estos cambios son mediados a través del sistema nervioso autónomo y la secreción de la adrenalina. En otras palabras, este sistema prepara al organismo para la fuga o la lucha.

Al mismo tiempo Cannon estudió los complejos mecanismos fisiológicos que permiten al organismo mantener un estado interno constante, aun cuando esté sujeto a cambios radicales en el medio ambiente. El fisiólogo norteamericano aplicó el término homeostasis que había sido acuñado por Claude Bernard, para la coordinación de funciones que hacen posible esta estabilidad.

Dunbar ligó la teoría de Cannon acerca de la fuga o lucha con el modelo dinámico y económico. La energía psíquica si es reprimida puede ser canalizada hacia el sistema vegetativo como una preparación para la huida o la pelea. Cuando la acción expresada resulta inapropiada y excluida de la conciencia, las emociones suprimidas y sus acompañantes fisiológicos crean tensiones permanentes y desórdenes funcionales. Cada síndrome específico corresponde de acuerdo con Dunbar, a una personalidad característica esquematizada con estudios longitudinales.

Alexander (1950) afirmó que la histeria de conversión está relacionada con las partes del cuerpo inervadas por el sistema sensorio-motor y negó la teoría de Flanders Dunbar según la cual, los órganos podían expresar ideas simbólicamente comunicadas que explicaran las reacciones psicofisiológicas. Éstas representarán fenómenos de descarga a través del sistema nervioso vegetativo que se canalizarán por medio de la inhibición de las fibras voluntarias.

Las emociones específicas son acompañadas de las ramas del simpático y del parasimpático que afectan a órganos selectos y que causan alteraciones psicofisiológicas específicas. Estas inervaciones no siguen los perfiles de personalidad utilizados por Dunbar, que Alexander denomina pseudocorrelaciones, pero son explicadas como estructuras del carácter que únicamente pueden ser exploradas por medio del método psicoanalítico. Estos rasgos del carácter son el resultante entre las defensas y los deseos de recibir o tomar; dar o retener que en última instancia constituyen la teoría vectorial de Alexander.

El autor describe tres variables como condiciones para el desarrollo de las reacciones psicofisiológicas: 1. La constelación psicodinámica; 2. Las

situaciones que inician el padecimiento y que poseen significado diferente para los pacientes, y 3. Una vulnerabilidad heredada y constitucional.

La dicotomía entre la histeria de conversión y las reacciones psicofisiológicas en las cuales no existiría una representación simbólica ha sido disputada por Grinker (1953) quien demuestra que la boca y el ano, así como determinados casos de pseudociesis, también serían expresiones figurativas que nos hablarían de un simbolismo. Este autor critica la repetición monótona en todas las enfermedades psicósomáticas de la tríada: dependencia, frustración y hostilidad que en el fondo siempre es relacionada con la misma alteración. Se podría decir aquí lo mismo de los desórdenes fisiológicos dado que éstos también presentan tres síntomas: hipersecreción, hipermotilidad e hiperemia.

Según Grinker el recién nacido posee una herencia filogenética con distintas variantes debidas al genotipo y la constitución. Las diferencias en el niño se inician con las influencias prenatales y la experiencia del nacimiento. Al principio el organismo actúa frente al medio ambiente de una manera dependiente, puesto que su sistema sensorial y perceptivo no está desarrollado.

Los traumas tempranos influyen, por lo tanto, la condición en que el niño se encuentra a medida que puede responder autónomamente. Se podría afirmar que la necesidad de permanecer integrado ante los estímulos externos es fundamental y cuando un sistema del organismo es sujeto a reacciones de alarma; desde un principio resultará probable que surja el problema psicofisiológico. Asimismo, las actitudes de la madre que favorecen determinadas funciones e impiden otras en su diferenciación y tiempo constituyen un factor determinante del problema visceral.

George Engel (1954) ha dado una mayor importancia a las pérdidas de objetos, como el elemento precipitante que provoca la reacción psicofisiológica. Según este autor la falla de la elaboración de la tristeza ante una privación objetal, produce un estado psicológico de desesperanza, que da lugar al desarrollo de una enfermedad, como puede observarse por ejemplo, en la colitis ulcerativa. En el fondo el órgano elegido es resultado de factores constitucionales. De acuerdo con Engel existen diferentes parámetros etiológicos que pueden ser: biológicos, psicológicos, sociales y culturales, todos los cuales afectan al cuerpo humano.

Margaret Gerard (1953) ha hecho énfasis en la relación de la madre con el hijo y sobre las fallas que incrementan las dificultades adaptativas. Las condiciones extrauterinas requieren la acomodación temprana de los diferentes órganos para su funcionamiento adecuado. La falta de una barrera frente a los estímulos nocivos en los primeros meses de la vida, provoca la sensibilización de determinados aparatos. Por lo tanto, un

desorden psicofisiológico es simplemente el reflejo de una situación temprana que no pudo ser dominada por el niño.

Los experimentos de condicionamiento llevados a cabo por Turnbull (1962) parecen corroborar el esquema teórico anterior, dado que el asma puede ser inducido en determinados animales al premiarles ciertas formas de respirar. Es posible que las madres que se angustian cuando el niño llora, pensando que éste puede asfixiarse, propicien un tipo de respuesta fija hacia el asma.

Los progresos fisiológicos han descubierto que el sistema límbico, el hipotálamo y la sustancia reticular median en todas las funciones viscerales. Las actividades de este conjunto controla la influencia de la secreción de hormonas.

Por otra parte las suprarrenales en respuesta ante el peligro ocasionan el que el sistema nervioso se active por medio de los impulsos ascendentes a través de la sustancia reticular. Las hormonas pueden ser segregadas con diferentes efectos fisiológicos. La noradrenalina produce hostilidad, en tanto que la epinefrina de los corticoides en la defensa contra el trauma emocional fue señalada por Selye (1956) al describir el síndrome de adaptación general.

LOS DESÓRDENES PSICOFISIOLÓGICOS GASTROINTESTINALES

Como ya vimos en algunos capítulos anteriores es durante los primeros años de la vida que las gratificaciones y deprivaciones, así como el placer y la frustración se centran en diferentes partes del sistema digestivo. La relación con el mundo externo se establece a través de la boca al mamar y el impulso agresivo se manifiesta en el acto de morder. Entre el primero y el tercer año, las tensiones pasan al otro extremo del canal digestivo, es decir, hacia el recto y ano; de tal manera que la gratificación y deprivación se produce al retener o expulsar las heces. Todos estos procesos nos indican la importancia que el tracto digestivo posee en relación con las dificultades emocionales.

Los dos trastornos gastrointestinales más estudiados desde el punto de vista psicofisiológico son: la úlcera péptica y la colitis ulcerativa.

La lesión ocasionada por la úlcera es una especie de cráter que aparece en la pared interna del estómago, como resultado del efecto corrosivo de los ácidos contenidos en el jugo gástrico. Aunque determinados alimentos y bebidas estimulan el efecto del ácido clorhídrico, podemos afirmar que el papel emocional es el causante principal de la úlcera péptica.

La correlación entre la fisiología del estómago y las situaciones de

alarma fue demostrada inicialmente en el año 1833 cuando el médico Beaumont realizó las primeras observaciones en su paciente Alexis St. Martin, quien había sufrido una gastrostomía, o sea, una apertura del estómago a la pared abdominal. Beaumont siguió el curso de la digestión e investigó las variaciones que se presentaban ante diferentes situaciones emocionales. Wolf y Wolff en 1943 corroboraron las mismas consideraciones en un enfermo que presentaba una fistula semejante.

Finalmente, Margolin en 1951 tuvo la rara oportunidad de psicoanalizar una paciente con un conducto permanente gástrico y cuya mucosa podía ser visualizada. Estudios meticulosos del funcionamiento del estómago fueron verificados junto con la terapia. Como resultado de sus observaciones Margolin concluyó que la represión de los impulsos a la conciencia creaban estados de actividad gástrica acentuada. Igualmente las formaciones reactivas condicionaban baja motilidad digestiva.

La paciente era una joven de 22 años que había presentado un intento de suicidio por medio de una sustancia cáustica. Existía en ella una liga sadomasoquista hacia una madre rechazante. Las menores privaciones provocaban explosiones de agresión que producían intensa culpa a consecuencia de lo cual tuvo lugar el episodio suicida arriba mencionado. La conclusión de Margolin fue que "el inconsciente es un determinante poderoso del funcionamiento de los órganos".

La hipótesis de Weiner, Thaler, Reiser y Mirsky (1957) es interesante, dado que fueron capaces de pronosticar en un número considerable de individuos quiénes desarrollarían una úlcera. Los autores partieron de la idea de que la lesión gástrica se produce: 1. Cuando existe una hipersecreción que puede ser indicada por la concentración de pepsinógeno en el suero; 2. Presencia de un conflicto relacionado con fuertes deseos infantiles de ser querido, y 3. La exposición ambiental que provoca intenso conflicto.

Después de determinar el nivel de pepsinógeno en el suero de 2,073 reclutas, se encontró que 110 de ellos, presentaban cifras más altas de lo normal. A éstos se les tomaron series gastroduodenales, así como pruebas psicológicas antes de que fueran enviados a los campos de entrenamiento, que también fueron estudiados en relación a la rigidez con la que se actuaba desde el punto de vista disciplinario.

Las pruebas psicológicas señalaron a diez candidatos para desarrollar úlceras y siete de ellos las presentaban al finalizar el entrenamiento militar.

Otra investigación curiosa en relación a la producción experimental de la úlcera péptica, es la que ha llevado a cabo Brady en 1958, al entrenar primates que impidan, valiéndose de una manivela, el paso de una

corriente eléctrica. Si se colocan dos monos juntos, uno de los cuales adquiera la capacidad para impedir el paso del choque, se observará que el animal transformado en "ejecutivo" desarrolla con cierta frecuencia una úlcera péptica.

Se puede decir que la mayoría de las observaciones psicoanalíticas acerca de esta enfermedad han sido de carácter clínico.

Mahl, Saul y Garma han hecho énfasis en el problema materno en el ulceroso. El primero de estos autores habla de un conflicto entre la dependencia oral y la angustia. Saul piensa que bajo estados de alarma el problema digestivo se intensifica de una forma regresiva como una necesidad de ser amamantado por la madre. Garma, siguiendo algunas ideas kleinianas, se refiere a la figura materna internalizada que provoca daño al igual que los alimentos.

Alexander y otros autores piensan que los ulcerosos son hombres tensos, duros y agresivos en la superficie, pero que en lo profundo tienden a ser pasivos, dependientes y buscan el cuidado de los demás.

La colitis ulcerativa es una severa inflamación del intestino que produce lesiones en sus paredes. Los síntomas son: diarrea aguda, sangre en las heces fecales, adelgazamiento y anemia. La enfermedad requiere un gran cuidado del internista y lleva a los pacientes hasta hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas.

Engel piensa que las lesiones pueden estar asociadas con reacciones de separación. Cuando ésta no puede lograrse por medio de mecanismos psicológicos, cambios fisiológicos se inician en el cuerpo que interfieren con el proceso adaptativo y fomentan la invasión de los tejidos por bacterias o virus.

La mayoría de las historias clínicas de pacientes con colitis ulcerativas muestran una dependencia intensa con la madre. Muchos de ellos tuvieron progenitoras dominantes, frías y hostiles que frustraron sus deseos normales de ser protegidos. Como resultado de esta situación se sintieron rechazados y reaccionaron con hostilidad y miedo a la retaliación, ante lo cual la función intestinal quedó alterada.

Melitta Sperling (1957) piensa que bajo el psicoanálisis los pacientes forman una nueva relación de objeto con el terapeuta y que el apoyo de éste, les permite tolerar los impulsos pregenitales conscientemente; de tal manera que estas energías pueden ser utilizadas para una sublimación posterior.

Es relatado el caso de un joven de 19 años en el cual se actuaba el papel de niño pequeño frente a la madre y el de niña frente al hermano. Los impulsos agresivos eran liberados instantáneamente a través de los espasmos y la diarrea. En este caso los abandonos que el paciente sufría

de los objetos amados le provocaban situaciones de devaluación, que llegaban a verdaderos episodios psicóticos.

En opinión de Sperling es importante que el analista sea concebido como una persona que espera que el enfermo controle sus propios impulsos y que no se vea necesitado a liberarlos en síntomas somáticos.

LOS DESÓRDENES PSICOFISIOLÓGICOS CARDIOVASCULARES

El sistema circulatorio se encuentra íntimamente ligado a la expresión de la angustia y otros afectos. Es por ello que las emociones movilizan cambios en las enfermedades cardíacas. Dos son los padecimientos que se consideran básicamente dentro de la esfera psicofisiológica: la insuficiencia coronaria y la hipertensión arterial.

El primer acto que tiene lugar con el nacimiento es el fin de la circulación umbilical y el cierre del foramen oval. Con ello el corazón adquiere su independencia. Schneider (1954) ha observado que la víscera cardíaca adquiere una imagen importante en el yo a partir de la vida posnatal. En contraste con otros órganos internos que están separados de la conciencia por su autonomía, el corazón se pone de manifiesto por medio de su sonoridad, haciéndonos sentir que late rítmicamente dentro del cuerpo; por la vía de las pulsaciones arteriales. Incluso en algunas condiciones se nota su presencia desde el punto de vista volumétrico, en la sensación dimensional producida en el pecho durante los esfuerzos ante situaciones que provocan la alarma general.

Es por ello que la angustia es localizada en la víscera cardíaca. En un estudio sobre doce casos que padecían angina de pecho, Jacob Arlow (1952) observó que el contenido ideacional de los pacientes no sólo era de temor ante la muerte, sino que puede relacionarse con la angustia ante la pérdida del objeto amado y a conflictos entre los impulsos agresivos y sexuales.

Friedman y Rosenman (1959) han estudiado el posible efecto de las presiones socioeconómicas y la alarma en diferentes grupos en la patogénesis de la enfermedad coronaria. Los hombres que presentaban como características la ambición y competencia; que constantemente se preocupaban en relación con su trabajo y que tenían una urgencia con respecto al tiempo; presentaban infartos miocárdicos con una frecuencia siete veces mayor que los demás. El papel que podían jugar otros elementos como el cigarro, la ingestión de alcohol, las horas de trabajo, el ejercicio y la herencia fueron tomados en cuenta, pero no influyeron determinante en la patogenia coronaria.

Stewart Wolf y sus colaboradores (1964) señalaron una baja de falle-

cimientos por infarto en la población de Roseto (Penn.). La cifra obtenida era menor que la mitad de la que se observaba en otras comunidades de los alrededores y pudo ser calculada a lo largo de siete años. Otro aspecto curioso es que no existían trombosis coronarias en menores de 47 años. El único factor que estos investigadores encontraron para explicar esta rara situación, era la forma de vivir de los habitantes. Éstos eran alegres, vociferantes, independientes de pretensiones, con pocas diferencias de clases y bastante libres en el manejo de la agresión. Los hábitos en la dieta y el colesterol en este caso no jugaban un papel predominante, dado que los habitantes de Roseto son sicilianos de origen y utilizan aceites comestibles considerados perniciosos en el desarrollo de la arteriosclerosis. Por otra parte, se observó que en ellos predominaba cierta obesidad en contraste con otras comunidades de los alrededores que fueron también estudiadas.

En la hipertensión arterial el incremento del tono vascular es responsable por la elevación de la presión sanguínea. Dos factores parecen ser los culpables de que esto suceda: el aumento de los impulsos vasomotores y la circulación de sustancias presoras. Dado que los vasos renales son sumamente reactivos y responden con vasoconstricción a los estímulos producidos por las emociones, puede postularse que los cambios en las arteriolas son indudablemente ocasionados por problemas de origen neurogénico.

Los estudios sistemáticos por parte de los psicoanalistas en los pacientes que sufren de hipertensión arterial, han demostrado que éstos presentan una incapacidad para expresar los impulsos agresivos. Un conflicto entre las tendencias pasivas y femeninas en contra de los intentos hostiles, ha sido revelado durante los análisis de hipertensos. La rabia crea miedo en los pacientes y los hace retroceder ante las competencias de la vida tomando actitudes dependientes y pasivas. Esta situación se vuelve un círculo vicioso pues provoca sentimientos de inferioridad.

En el panel sobre hipertensión arterial llevado a cabo por la Asociación Psicoanalítica Americana en 1953, hubo especulaciones entre algunos analistas acerca de correlacionar un tipo específico de personalidad con el desarrollo del padecimiento. La mayoría de los autores que participaron insistieron en la dificultad de los hipertensos para encontrar mecanismos integrativos del yo. Los elementos externos de sus conflictos y las características de la adaptación ante situaciones de peligro, eran sumamente rudimentarias. Reiser hizo hincapié en el problema transferencia-contratransferencia y la importancia del manejo de la hostilidad por parte del terapeuta. En un trabajo posterior Reiser y Thaler (1957) señalaron que los hipertensos tienden a aislarse emocionalmente de la relación tera-

péutica, lo cual puede ser debido en parte a la hiperactividad vascular. Es por ello que observamos la acentuada restricción con la que manejan su hostilidad.

El síncope vasopresor puede ocurrir aun en individuos sin lesiones cardíacas, cuando se enfrentan a un peligro extremo. Existe evidencia de que la preparación para la huida tiene lugar con vasodilatación muscular. Ante la inhibición de la fuga, el individuo permanece inmóvil y un sangrado muscular sucede, de tal manera que la presión arterial desciende de una forma brusca. Esta condición debe ser diferenciada de la histeria, en la que se presenta ganancia secundaria en la caída vascular.

LOS DESÓRDENES PSICOFISIOLÓGICOS RESPIRATORIOS

La influencia de las emociones en la función respiratoria es bien conocida. Su iniciación en el nacimiento marca la independencia de la vida y al mismo tiempo es una actividad controlada tanto en una forma voluntaria como involuntaria. Podemos agregar que la respiración es un componente esencial del habla y del canto. El padecimiento mayormente relacionado con ella desde el punto de vista psicofisiológico es el asma bronquial.

Los síntomas que lo caracterizan son accesos recurrentes de disnea jadeante, que se deben a estenosis de bronquios y bronquiolos. Durante el ataque la mucosa se espesa y las células epiteliales se distienden con mucosidades a la vez que se contrae el músculo liso de la pared bronquial. Como resultado de ello las dos fases de la respiración luchan con la dificultad creada por la estenosis de las vías aéreas. El oxígeno queda atrapado en los alvéolos pulmonares que se distienden durante el ataque agudo.

En esta enfermedad los síntomas más importantes representan respuestas crónicas y exageradas de emociones profundas. El conflicto psicodinámico se establece en una relación de dependencia con la madre. Esta liga es un deseo de protección y la amenaza de una separación provoca el acceso asmático. Como resultado de esta fijación infantil todo tipo de rasgos de carácter pueden ser observados. En algunos pacientes separados prematuramente, el ataque es un grito suprimido para reintegrar la unión. Es decir, éste sería una expresión de emociones por medio del llanto.

French y Alexander (1941) al observar 10 casos de asma bronquial señalaron la marcada ambivalencia de los pacientes hacia la figura materna. Todos los enfermos manifestaban haber sido privados de cariño por parte de sus progenitoras durante los primeros años de vida; 7 de ellas eran restrictivas, ansiosas y agresivas. Solamente algunas mostraban

sobrepotección como resultado de formaciones reactivas ante sus impulsos rechazantes.

León Saul (1954) propone que el conflicto del asmático reside en un deseo inconsciente de retornar a la situación intrauterina, donde la respiración no era experimentada y el niño llevaba a cabo una existencia acuática en los confines de su madre. Este autor piensa que el frecuente simbolismo del agua en los pacientes que sufren asma bronquial proviene de estas fantasías.

Fenichel en 1945 piensa que el padecimiento puede representar un intento inconsciente para protegerse en una forma permanente de una madre que es vista de una manera ambivalente. El ataque asmático representará un intento de retener introyectada a la progenitora considerada buena y rechazar a la mala.

Siguiendo una línea similar Catherine Bacon (1956) ha observado en sus pacientes con asma, que existe una presión de los padres internalizados para reprimir los aspectos malos de la excreción y sus derivados. El impulso del enfermo asmático puede significar la pérdida de la madre buena y su remplazamiento por la mala. El acceso es una respuesta a esta amenaza.

Valdría la pena señalar aquí, el caso de Marcel Proust, el extraordinario escritor francés, que sufrió asma bronquial desde los nueve años de edad. El autor de *A la recherche du temps perdu*, sufría ataques que se presentaban ante los objetos más diversos: flores, perfumes, polvo y aun el frío. Proust siempre supo que su enfermedad era de origen neurótico, pero la prefería a los "demonios que pudieran remplazarla".

La ambivalencia del escritor frente a su madre fue clara. Sus mismos personajes juegan siempre con la idea de la muerte de los seres amados y sobre todo hacia sus progenitoras. Todo ello les produce culpa y esta es la causa de que sobrevengan las frecuentes separaciones de objeto. La homosexualidad de Marcel Proust era una forma de identificarse con la figura materna y someterse en un coito con el padre idealizado. El progenitor del escritor era en realidad un médico destacado, autor de un trabajo sobre la neurastenia. Los aspectos sadomasoquistas de Proust, podían deberse a su relación con éste o a reacciones ante el nacimiento de un hermano dos años menor que él, hacia el que siempre sintió un odio profundo.

La ambivalencia del escritor trae la dualidad amor-odio a todos sus objetos. Siempre sintió dobles imágenes ante los caracteres en sus novelas y la bisexualidad es claramente perceptible. Fue hasta que sucedió la muerte de la madre que Proust se volvió productivo.

Es importante mencionar aquí que la sugestibilidad funciona en la

mayoría de los pacientes asmáticos. McFadden y colaboradores (1969) han ofrecido evidencia de lo anterior, demostrando que los ataques pueden ser provocados en los enfermos al insinuarles la presencia de alérgenos como el polvo y el pólen en una sustancia que se les hacía inhalar y que en realidad contenía una mezcla de agua salada. De los sujetos del experimento, 19 de 40 sufrieron los ataques más severos y posteriormente fueron tratados con éxito por medio de un "nuevo remedio" contra el asma, que era desconocido para ellos y que estaba constituido por la misma agua con sal.

DESÓRDENES PSICOFISIOLÓGICOS DEL SISTEMA ENDOCRINO

La relación que existe entre las hormonas y los procesos mentales es conocida. El exceso o el defecto de la secreción glandular puede traducirse por cambios emocionales y en la conducta. De la misma manera las glándulas endócrinas pueden ser afectadas bajo condiciones psicológicas.

La obesidad en el ser humano es el resultado de la excesiva ingestión de calorías en relación al gasto energético. Hilde Bruch (1973) ha dividido a los obesos de acuerdo con su adaptación psíquica y el ajuste que desarrollan durante su vida en tres grupos.

Existe un primer tipo de obesidad de acuerdo con la forma constitucional y que no presentan imágenes distorsionadas en relación a su cuerpo. El exceso de peso de estos individuos es moderado y estable y pueden sufrir cualquier tipo de dificultad psíquica que no está directamente relacionada con su problema de peso.

Los pacientes en los cuales la obesidad está conectada con problemas psicológicos, pueden ser divididos en dos grupos. Aquellos cuyo sobrepeso está intrínsecamente mezclado con su desenvolvimiento en la vida, que presentan trastornos de la personalidad y pueden ser denominados obesos del desarrollo y el grupo formado por los que como resultado de los eventos traumáticos se llamarían obesos reactivos. Estos últimos utilizan el exceso de comida, para combatir la angustia y la soledad. Frecuentemente se deprimen cuando la dieta les es reducida.

Resulta frecuente que las situaciones vitales sin una solución, la rabia y la angustia provoquen la compulsión de devorar. En numerosos casos, por la falta de afecto, las personas se vuelven obesas o funcionan inadecuadamente, como han demostrado los trabajos de Harlow (1966). En ellos, se evidencia la importancia del cariño materno para el desarrollo del ser vivo. Aislando monos recién nacidos de sus madres, este autor observó primero que preferían un maniquí cubierto por una toalla a otro que estaba formado exclusivamente de alambre, lo cual indicaría la búsqueda

de calor, aunque ambos proporcionaban alimento. Sin embargo, posteriormente Harlow advirtió que todos los primates que habían sido privados de sus madres, mostraban deficiencias afectivas, conducta sexual inadecuada y hábitos orales bizarros.

En los trastornos de la obesidad la distorsión de la imagen corporal resulta fundamental, por lo que el trabajo terapéutico debe basarse en que el yo del paciente, puede adquirir cierta fuerza.

La anorexia nerviosa por el contrario es una aversión autoprovocada a los alimentos, que trata de servir de solución a los conflictos intrapsíquicos. Una intensa emaciación es habitual y en las mujeres puede acompañarse de amenorrea.

Según Bruch (1973) no existe acuerdo diagnóstico entre los diferentes autores que han observado casos de anorexia nerviosa. Algunos le reconocen una base esquizofrénica; otros la consideran una manifestación de la histeria o un cuadro de profunda depresión. En realidad, se puede decir que los pacientes ilustran los más variados eventos precipitantes, así como los más diversos rasgos de carácter. Si existe algo que los anoréxicos presentan como aspecto común es el sentirse inadecuados y descontentos con sus vidas.

En la diabetes mellitus, el factor oral y el aspecto depresivo juegan un papel fundamental. J. Cremerius (1957) ha demostrado al estudiar 100 casos de diabéticos, 9 psicoanalizados, de una edad mayor de 35 años, que durante su infancia la comida era un aspecto exageradamente importante en sus hogares. Las madres de los futuros diabéticos favorecían las fijaciones orales y la regresión. Toda capacidad para relaciones maduras de objeto quedaban dañadas y los pacientes se sentían siempre amenazados por separaciones que creaban angustia. Ellos habitualmente comían en exceso para disminuir la depresión. La madre introyectada prohibía la expresión de los impulsos sexuales y agresivos. A diferencia de los obesos, los enfermos diabéticos con exceso de peso, no podían cubrir sus conflictos con la angustia. Un estado de desbalance psicofisiológico acompañado por depresión y angustia de origen neurovegetativo fue observado en la mayoría de ellos.

La maduración de la función sexual y la integración de la personalidad, son procesos continuos. Las hormonas no deben por lo tanto ser vistas como un estímulo para la conducta, sino como los agentes facilitadores que incrementan las reacciones individuales.

La función sexual del hombre depende tanto del aspecto psíquico, como del estímulo fisiológico que se unen en una cadena de reflejos condicionados. Cualquier simple acto de coito depende de: 1. Una excitación inicial psíquica; 2. Que sea lo suficientemente intensa para estimular los

centros de erección; 3. Que esta última dure para permitir la inserción del órgano y que subsecuentemente persista durante los movimientos voluntarios, y 4. Que la eyaculación suceda al final de la excitación provocando los espasmos musculares pélvicos, alcanzando el placer del orgasmo.

La sexualidad, por lo tanto, depende de toda esta serie de reflejos coordinados y cualquiera de las fallas en ellos, provoca la impotencia en el hombre. Es por todo lo anterior que las consideraciones psicofisiológicas son extremadamente importantes en relación a la función sexual.

La impotencia masculina ha sido estudiada desde Abraham (1917), quien postuló tres causas para ella: 1. Una orientación femenina; 2. Una actitud sádica en contra de la mujer, y 3. Un incremento del erotismo uretral. W. Reich (1928) relacionó la eyaculación precoz con ciertas formas de la histeria. La emisión sería una reacción a la prohibición de masturbarse: "el pene no debe tocarse". De acuerdo con este autor los casos más severos serían los pregenitales.

Stekel (1927) escribió sobre el deseo de volverse impotente como un último esfuerzo para hacer imposibles las relaciones sexuales. Éste puede ser provocado por: 1. Temor de perder la independencia. Los pacientes igualarán las relaciones sexuales-matrimonio-pérdida de la libertad; 2. Miedo a las enfermedades venéreas, que serán igualadas con el pánico a la castración o la cautividad del pene, y 3. Temor a la muerte como resultado de haber llevado a cabo el acto sexual.

Gutheil (1959) hace énfasis en los elementos pregenitales entre los cuales la fase uretral es predominante y al mismo tiempo señala una orientación femenina hacia el sexo. Guarner (1977) ha observado aspectos anales en relación al manejo del tiempo en la eyaculación precoz, así como un retardo en la madurez del yo.

La frigidez de la mujer rara vez está relacionada con hipogonadismo. Casi siempre sus raíces parten de un temor de ser dañadas por el pene y el miedo al embarazo. La excitación sexual depende de procesos mutuos, pero en las mujeres esta función está subordinada a la habilidad y potencia que posea el hombre para hacerle perder el miedo al acto. Además la complejidad de la maduración sexual en ellas, es capaz de crear defensas en contra de la sexualidad. Desde el punto de vista social el significado de la frigidez es menor que el de la impotencia del hombre y por ello muchas mujeres la emplean como un arma.

Los estudios psicoanalíticos de las alteraciones del embarazo indican que conflictos psicodinámicos pueden ser responsables de diferentes fenómenos patológicos: En algunos casos la supresión del proceso hormonal puede causar abortos; en otros vómitos tóxicos. En algunas pacientes se observa el desarrollo de fobias o depresiones. A veces fenómenos regre-

sivos de una esquizofrenia (psicosis postpartum). Parece ser que los procesos metabólicos del embarazo recargan el conflicto del desarrollo con emociones intensas.

Las mujeres que sufren de esterilidad funcional no se dan cuenta conscientemente de su infecundidad y actitud hostil hacia el embarazo y crianza de los hijos. En realidad, esta enfermedad puede tener muchas variaciones. Por ejemplo, una mujer puede aparecer estéril cuando el deseo para las relaciones sexuales es suprimido durante los periodos fértiles y el coito se realiza durante las fases infértiles. En otras la esterilidad es causada por espasmos de las trompas de Falopio y en esos casos los conflictos psicosexuales llevan a la supresión de la función ovárica de tal manera que la ovulación no ocurre.

Durante el embarazo existe siempre una introversión de la energía psíquica debido a tendencias receptivas y retentivas. El parto interrumpe la simbiosis biológica entre la madre y el hijo. El proceso es traumático para ambos. La lactancia constituye la repetición de la unión madre-hijo. Mientras éste incorpora el pecho, la figura materna sufre un proceso regresivo. A través de esta integración la mujer alcanza la madurez sexual, así como perfecciona el desarrollo de su personalidad.

LOS DESÓRDENES PSICOFISIOLÓGICOS DE LA PIEL

La capa cutánea del ser humano se halla expuesta a la humedad, sequedad, calor y frío. Ella es al mismo tiempo flexible, extensible, elástica y duradera. Sus células se multiplican infinitamente, para remplazar a aquellas que mueren. Al nivel de la nariz, la boca, el ano, la uretra y la vagina, la piel se une a las mucosas. Todos estos orificios a excepción de los nasales, están cerrados por medio de anillos contráctiles denominados esfínteres.

A través de la superficie exterior el cuerpo está comunicado con los objetos por medio de sus receptores, que registran los cambios que tienen lugar a su alrededor. Los corpúsculos del tacto repartidos por toda la superficie son sensibles a la presión, dolor, calor o al frío.

Al mismo tiempo podemos decir que la piel es un tejido importante en la expresión de las emociones y el exhibicionismo. Los cambios vasomotores reflejos como el ruborizarse, la palidez y la perspiración, son constituyentes esenciales de la rabia, el miedo o la vergüenza. En la piel la sensación del dolor toma un lugar central. Las tendencias masoquistas están por ello intensamente ligadas a ella.

Las alteraciones psicofisiológicas más directamente relacionadas como manifestaciones clínicas de los tegumentos son: las neurodermatitis, el eczema, el edema angioneurótico, la urticaria y el prurito.

Según las observaciones de Alexander, la neurodermatitis es el resultado de tendencias exhibicionistas y culpabilidad por haber verificado este acto. La piel que está expuesta de una manera ostentosa, se convierte en una aflicción sumamente dolorosa. Otros psicoanalistas han pensado que en el movimiento de rascarse se puede percibir un impulso agresivo, que inconscientemente es vuelto contra uno mismo. En los casos de urticaria se ha descrito frecuentemente la represión del llanto. Resulta común observar que los accesos de este padecimiento desaparecen, si los enfermos manifiestan abiertamente con sollozos su tristeza.

En los casos de prurito, especialmente los que se localizan en las márgenes del ano y de la vulva, el factor psicodinámico más común, es la exhibición de las excitaciones sexuales. Podría decirse que al rascarse el paciente realiza un equivalente masturbatorio. En ocasiones el exceso de frotamiento de la piel, provoca cambios en la delicada estructura epidérmica, lo cual produce que las terminaciones sensitivas se vuelven más delicadas a los estímulos externos y por ello un factor somático es añadido a la situación psicológica. Las terapias efectivas requieren de una coordinación entre el dermatólogo y el psicoanalista.

EMOCIONES Y MUERTE

La definición de la inexistencia y el temor que acompaña a ésta, ha seguido al hombre desde los tiempos primitivos. La relación de los diferentes afectos y la muerte súbita constituye un área importante que el ser humano debiera conocer y sin embargo, existen muy escasos trabajos que combinen las variables emocionales y sus posibles mediadores fisiológicos.

Engel en 1971 recogió las historias de 170 casos de muertes imprevistas y demostró que una mayoría de ellas se habían suscitado alrededor de pérdidas de objeto, o bien situaciones de peligro. Algunas habían ocurrido ante triunfos repentinos y ocasionalmente en momentos de gran placer. Todas las circunstancias hacían concluir que el individuo había sufrido estados de alarma ante los cuales no poseía control alguno.

En 1957 Richter publicó un artículo en el que hacía énfasis en la desesperanza como factor desencadenante de la muerte. En sus experimentos este autor diseñó un sistema que provocaba la inmersión de un grupo de ratas en un tanque que contenía agua, las cuales podían sobrevivir sin ahogarse por varias horas. No obstante lo anterior, Richter observó que existían algunas que morían en pocos minutos. En la siguiente fase de la prueba, las ratas eran inmovilizadas en una bolsa y se les afeitaban el cabello facial y las patillas. Posteriormente se las colocaba

en el mismo tanque y aunque en un principio los roedores nadaban en una forma excitada sobre la superficie del recipiente, al poco tiempo era visible que se hundían en el agua sin aliento. Al inicio, Richter pensó que el haber rasurado a los animales producía alguna pérdida del contacto con el mundo externo, sin embargo, sus estudios posteriores le revelaron que la simple inmovilización durante un corto tiempo era capaz de causar la muerte súbita. Numerosas ratas fallecían con la simple restricción de su locomoción. La conclusión para este autor fue que la situación de desesperanza al sentirse atrapado es suficiente para condicionar una muerte vagal. La administración de atropina previa a la inmovilización permitía una resistencia mayor a la pérdida de la vida.

Saul (1966) sugiere que el mecanismo de darse por vencido precede generalmente a la muerte, puesto que el individuo que la sufre siente la imposibilidad de luchar más allá.

Weisman y Hacket (1961) han descrito la inclinación hacia el fallecimiento de ciertos pacientes quirúrgicos. Estos autores observaron que determinados individuos son capaces de predecir su propia defunción hacia la que muestran escasos signos de depresión o de angustia. Parecería que los enfermos están convencidos de que la muerte no sólo es inevitable, sino hasta deseada.

La pérdida de la existencia es mucho más negada que conocida, particularmente en las personas primitivas. Las creencias mágicas de los pueblos cambian con la civilización a través de las manifestaciones de la fe y la inmortalidad. El suicidio es rara vez observable en los animales y constituye una adquisición de la cultura. Podemos concluir que la muerte es la detención súbita de los actos y de la continuidad de la existencia. Al mismo tiempo es la condición básica para entender el significado de la vida. La creencia en la inmortalidad es una expresión del narcisismo humano que se rehusa a aceptar el hecho fundamental de su propia historia.

BIBLIOGRAFÍA

- ABRAHAM, K. *Ejaculation Praecox*, en *Selected Papers on Psychoanalysis*. Basic Books. New York, 1949.
- ALEXANDER, F. *Psychosomatic Medicine. Its Principles and Applications*. Norton. New York, 1950.
- ARLOW, J. *Anxiety Patterns in Angina Pectoris*. *Psychosomatic Medicine*. 14:461-467. 1952.
- BACON, C. *The Role of Agression in the Asthmatic Attack*. *Psychoanal. Quart.* 25:309-311. 1956.

- BARANGER, W. *Depresión, introyección y creación literaria*, en Marcel Proust. Rev. Psicoanal. 9:143-171. 1952.
- BENEDEK, T. *Sexual Functions in Women and their Disturbance*, en *American Handbook of Psychiatry*. Ed. Arieti, S. Basic Books. Vol. I. New York, 1959.
- BRADY, J. *Ulcers in "Executive Monkeys"*. Scientific American. October, 1958.
- BRUCH, H. *Eating Disorders*. Basic Books. New York, 1973.
- CANNON, W. *Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage*. Appleton. New York, 1929.
- CANNON, W. *The Wisdom of the Body*. Norton. New York, 1943.
- CREMERIUS, J. *Diabetes Mellitus. The Importance of Oral Factors: Concomitant Depressive States*. Psyche. 11:256-269. 1957.
- DIMSDALE, J. *Emotional Causes of Sudden Death*. Amer. J. Psychiat. 134: 1361-1366. 1977.
- DUNBAR, F. *Emotions and Bodily Changes*. Columbia, New York, 1947.
- ENGEL, G. *Psychosomatic Diagnosis*. Hoeber. New York. 1943.
- ENGEL, G. *Studies of Ulcerative Colitis. Clinical Data bearing on the Nature of the Somatic Process*. Psychosom. Med. 16:496-512. 1954.
- ENGEL, G. *Sudden and Rapid Death during Psychological Stress*. Ann. Inter. Med. 74:771-782. 1971.
- EISSLER, K. *The Psychiatrist and the Dying Patient*. International Universities Press. New York, 1955.
- FENICHEL, O. *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*. Norton. New York, 1945.
- FRENCH, T. y ALEXANDER, F. *Psychogenic Factors in Bronchial Asthma*. Psychosomatic Medical Monographs. Washington, 1941.
- FREUD, S. *On the Grounds of detaching a Particular Syndrome from Neurasthenia under the Description Anxiety Neurosis*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. III. London, 1895.
- FREUD, S. *The Psychoanalytic View of Psychogenic Disturbance of Vision*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. XI. London, 1910.
- FREUD, S. *The Unconscious*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. XIV. London, 1915.
- FREUD, S. *Inhibitions, Symptoms and Anxiety*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. XX. London, 1926.
- FRIEDMAN, M. y ROSENMAN, R. *Association of Specific Overt Behavior with Blood and Cardiovascular Findings*. JAMA. 169:1286-1296. 1959.
- GARMA, A. *The Internalized Mother as Harmful Food in Peptic Ulcer*. Inter. J. Psychoanal. 34:102-110. 1953.
- GERARD, M. *Genesis of Psychosomatic Symptoms in Infancy*. Amer. J. Psychoanal. 110:310-314. 1953.
- GRINKER, R. *The Effect on Infantile Disease on Ego Patterns*. Amer. J. Psychoanal. 110:290-295. 1953.
- GUARNER, E. *Lack of Timing in an Unusual Case of Ejaculatio Praecox*. Inter. J. Psychoanal. Psychother. 6:315-322. 1977.
- GUTHEIL, E. *Sexual Disfunctions in Men*, en *American Handbook of Psychiatry*. Ed. Arieti, S. Basic Books. Vol. I. New York, 1959.

- HARLOW, H. *Love in Infant Monkeys*. Scientific American. June, 1959.
- McFADDEN, E., LUPARELLO, T., LYONS, H. y BLECKER, E. *The Mechanism of Action of Suggestion in the Induction of Acute Asthma Attacks*. Psychosom. Med. 2:60-72. 1969.
- MAHL, G. y KARPE, R. *Emotions and Hydrochloric Acid Secretion during Psychoanalytic Hours*. Psychosom. Med. 15:312-328. 1953.
- MARGOLIN, S. *The Behavior of the Stomach during Psychoanalysis*. Psychoanal. Quart. 20:349-373. 1951.
- Panel on Hypertension*. J. Amer. Psychoanal. A. 1:547-562. 1953.
- REICH, W. *The Genital Character and the Neurotic Character*. The Psychoanalytic Reader. Ed. Fliess, R. International Universities Press. New York, 1928.
- REISER, M. WEINER, H. y THALER, M. *Patterns of Object Relationship and Cardiovascular Responsiveness in Healthy Young Adults and Patients with Peptic Ulcer and Hypertension*. Psychosom. Med. 19: 498-512. 1957.
- RICHTER, C. *On the Phenomenon of Sudden Deaths in Animals and Man*. Psychosom. Med. 19:190-198. 1957.
- SAUL, L. *Psychosomatic Aspects of Peptic Ulcer*. Samiska. 7:225-235. 1953.
- SAUL, L. y LYONS, J. *Motivation and Respiratory Disorders, en Recent Development in Psychosomatic Medicine*. Ed. Wittkower, E. y Cleg-horn, R. Lippincott. Philadelphia, 1954.
- SAUL, L. *Sudden Death at Impasse*. Psychoanalytic Forum. 1:88-89. 1966.
- SCHNEIDER, D. *The Image of the Heart and the Synergic Principle in Psychoanalysis*. Psychoanal. Rev. 41:197-215. 1954.
- SELYE, H. *The Stress of Life*. McGraw Hill. New York, 1956.
- SPEHLING, M. *The Psychoanalytic Treatment of Ulcerative Colitis*. Inter. J. Psychoanal. 38:341-349. 1957.
- STEKEL, W. *Impotence in the Male*. Liveright. New York, 1927.
- TURNBULL, J. *Asthma conceived as a Learned Response*. J. Psychosom. Research. 6:59-70. 1962.
- WEINER, T., THALER, M., REISER, M. y MIRSKY, A. *Etiology of Duodenal Ulcer. Relations of Specific Psychological Characteristics to Rate of Gastric Secretion (Serum Pepsinogen)*. Psychosom. Med. 19:1-35. 1957.
- WEISMAN, A. y HACKETT, T. *Predilection to Death*. Psychosom. Med. 23: 232-256. 1961.
- WOLF, S., STOUT, C., MORROW, J. y BRANDT, E. *Unusually Low Incidence of Death from Myocardial Infarction*. JAMA. 188:845-849. 1964.

CAPÍTULO XVIII

GENERALIDADES SOBRE EL TRATAMIENTO

Al iniciar este libro dijimos que la Psicología es la ciencia que estudia la mente, en tanto que la Psiquiatría constituye una especialidad médica que trata los desórdenes de la misma. Sin embargo, al intentar definir la normalidad tropezamos con un sinnúmero de dificultades, de tal manera que nuestra conclusión siguiendo a Freud, fue que existía una continuidad entre lo que denominamos normal y lo que resulta patológico. En el fondo, tanto uno como otro se diferencian exclusivamente en cuestión de grado.

Es por ello que resulta difícil especificar el tipo de tratamiento que un paciente debe recibir. Es más, la Psiquiatría no puede ser considerada en una forma total como una rama de la medicina, aunque los que la practican hayan estudiado esa ciencia, en tanto que los psicólogos no. La mayoría de los terapeutas tratan personas que no necesariamente pueden ser consideradas enfermas. Además las características de la mente humana obligan a los psicopatólogos a abarcar casi todas las áreas del conocimiento humano incluyendo: Filosofía, Antropología, Sociología, Literatura, Química, Religión y aun el Arte. Esta circunstancia se debe en esencia a la dificultad que encontramos para definir al hombre y el origen de su naturaleza.

La incertidumbre anterior ha provocado que algunas personas consideren al Psicoanálisis como una técnica parcialmente identificada, que trata problemas inespecíficos, con resultados impredecibles, para el ejercicio de la cual, se requiere un entrenamiento sumamente riguroso.

De todas maneras podríamos decir que los seres humanos buscamos con frecuencia ayuda para resolver nuestros problemas emocionales y podemos encontrarla por los caminos más variables. En realidad, la mayoría de los procedimientos utilizados para el tratamiento carecen de especificidad y a veces son contradictorios entre sí. La terapia puede ser proporcionada por: psiquiatras, psicoanalistas, psicólogos, trabajadores sociales

y hasta religiosos. Ocasionalmente se combinan varios métodos. Su duración tampoco está determinada y el costo oscila de una forma increíble. La versatilidad de las experiencias por parte de los pacientes resulta indefinible. No obstante lo anterior, podemos dividir los procedimientos más frecuentemente utilizados dentro de cinco categorías principales:

1. Psicoanálisis ortodoxo.
2. Diferentes modelos de psicoterapias, incluyendo de grupo y familiares.
3. Tratamiento por medio de medicamentos.
4. Hospitalizaciones y terapias comunitarias.
5. Procedimientos físicos, especialmente de choque.

PSICOANÁLISIS

Es la forma de terapia individual, dirigida a que el paciente conozca los elementos inconscientes de su personalidad y que con ello adquiera autocritica acerca de sus actos.

Constituye el Psicoanálisis la única forma de abordar a un ser humano siguiendo una serie de reglas fijas impuestas por el terapeuta. Sin embargo, al mismo tiempo éste debe reaccionar con una enorme espontaneidad ante el material que se le proporciona. Casi podría compararse a la manera con la que un artista improvisa ante un estímulo. Para poder interpretar los elementos sobresalientes de una sesión se requieren atributos y cualidades que desgraciadamente no son frecuentes en la mayoría de los individuos que practican el método psicoanalítico. Fue ya en los treinta que Stephan Zweig en su libro sobre Sigmund Freud advertía: "La rareza de la combinación de cualidades para formar a alguien capaz de dominar la curación de la mente por medio del procedimiento analítico, hace que éste permanezca como una vocación o misión y nunca debería ser transformado (como infelizmente ha sucedido en el mundo de hoy en día) en una ocupación o negocio. Resulta peligroso pensar cómo una disciplina que ha sido consecuencia del proceso creativo de Freud, con su refinamiento y total responsabilidad, pueda caer en manos torpes. Probablemente nada ha deshonrado tanto al Psicoanálisis como el hecho de que no fue restringido a un círculo aristocrático de expertos, sino que a pesar de que el método no puede enseñarse, se ha instituido en numerosas escuelas."

En relación a la frecuente patología de muchos analistas, Freud escribía en *Análisis terminable e interminable* (1937): "Es razonable esperar que un terapeuta posea entre sus requisitos un considerable grado de nor-

malidad y corrección. Además debe conservar un cierto tipo de superioridad, de tal manera que en determinadas situaciones, pueda actuar como modelo frente a sus pacientes."

El Psicoanálisis a pesar de sus múltiples limitaciones continúa siendo el procedimiento más profundo para estudiar la mente humana. En el fondo se puede afirmar que no es un proceso lineal, en el que el paciente habla de cualquier idea que surge dentro de su pensamiento y que el terapeuta interpreta: sino que esto sucede de una forma indirecta debido a las barreras que opone el yo. Estas resistencias pueden ser conscientes o inconscientes y bloquean la libre asociación y la autocrítica. El arma del analista es la interpretación, pero aun ella debe aguardar la posibilidad de poder ser confrontada. Es decir, no puede sugerirse un miedo, hasta que el enfermo lo ha admitido. Es entonces cuando si la intervención fue correcta, se producirá un nuevo material que nos permitirá descifrar más aún el inconsciente.

El fenómeno más importante que se desarrolla por medio del Psicoanálisis es la transferencia. En ella se reacciona ante una persona en el presente-analista, como si fuera un individuo en el pasado-padres o hermanos. A través del revivir inconsciente de estas figuras en el aquí y ahora, el paciente experimenta durante el tratamiento los eventos significativos del allá y entonces.

La transferencia sucede porque la persona vuelve a sentir emociones en lugar de recordarlas. Tal vez el origen de esta situación se encuentre según mi criterio, en una búsqueda de la disminución de la angustia por medio de objetos que ya nos son conocidos; en lugar de enfrentarnos con elementos completamente nuevos a los que no sabemos cómo responder.

Los psicoanalistas alientan el desarrollo intenso de la transferencia con el objeto de que el paciente mire en un espejo una nueva versión de su pasado. A través de este proceso, se recobrarán las emociones infantiles. Kris (1956) ha escrito que recuperamos un periodo en el cual la seducción cobró un papel considerable.

La situación transferencial provoca una regresión profunda en la cual los enfermos reproducen: alegrías, tristezas, risas, llantos, periodos de extrema confusión y a veces hasta psicóticos.

La forma sutil como se desarrolla el Psicoanálisis, permite que aparezca cualquier idea por la parte del paciente. El terapeuta escucha sin intervenir en el curso de su propio pensamiento, con lo que Freud denominó "atención flotante". Las mismas reacciones del analista son guías fundamentales para la profunda comprensión del material del enfermo. A esta situación se le llama reacción de contratransferencia y puede utilizarse con el objeto de hallar la interpretación adecuada. No obstante, esto

debe ser manejado con gran cuidado, puesto que el paciente puede remover en el terapeuta aspectos significativos del propio pasado de este último. Si las reacciones contratransferenciales son leves, reconocibles y controlables deben ser usadas para fines terapéuticos. En otros casos como el descrito por Winnicott (1947) de odio hacia un enfermo, el analista no mostrará las repercusiones internas, con el objeto de no complicar los elementos de transferencia.

El paso siguiente en el análisis es la elaboración, que constituye un lento proceso para remover las resistencias que no han sido afectadas por la autocrítica. El paciente, a medida que pasan las sesiones, se vuelve a atrincherar en sus previas defensas, debido a que la angustia lo hace retornar a ellas. El terapeuta que está atento a la situación volverá a interpretar en el momento adecuado y es por medio de este procedimiento que consigue el progreso del análisis.

No es raro, sin embargo, que los psicoanalistas desesperen y respondan con resentimiento a la resistencia en contra del cambio. Una forma de controlar lo anterior es anticipándolo. Todas las modificaciones que se operen en un determinado paciente deberán ser paulatinas, es decir, que en el fondo los enfermos colocan a sus terapeutas ante diferentes pruebas. Si estos últimos siguen permitiendo a pesar de ello, la libre expresión de los impulsos, el paciente es por primera vez capaz de: hablar, sentir, y hasta cierto punto actuar; poco a poco observará las imágenes infantiles hacia las cuales sintió profunda ambivalencia. Al obtener una actitud segura por parte del analista, una reconstrucción operará que promueve el crecimiento del yo. La regla fundamental del Psicoanálisis es que el material reprimido no sólo debe ser recordado, sino entendido, asimilado, integrado y revivido en la transferencia.

Entre los años de 1911 hasta 1915, Freud escribió una serie de artículos técnicos con el objeto de exponer su método y diferenciarlo del que empleaban otros terapeutas que no pertenecían a su grupo.

El primero de ellos se llamó: *El manejo de la interpretación de los sueños en el Psicoanálisis* (1911). En este trabajo, Freud hizo hincapié en que durante la práctica analítica, los terapeutas deben adquirir una inclinación e interés hacia el material onírico. Lo que éstos consigan interpretar en una sesión acerca de un sueño debe ser suficiente y no repetirse en la siguiente entrevista, a menos de que el paciente retorne a él por medio de sus pensamientos. La deducción de un sueño es un arte en sí mismo, pero está sujeto a las reglas del tratamiento en su totalidad. Todos los sueños se interpretan en el contexto de la sesión, siguiendo el material de la misma.

El siguiente trabajo de Freud sobre técnica es el que se refiere a la

Dinámica de la transferencia, de 1912. En él se discute el origen de la misma y se nos habla de que la necesidad de amor insatisfecho en la realidad, provoca la liga del enfermo hacia su terapeuta. La energía sexual introducirá al médico dentro de unas series psíquicas del pasado. La situación transferencial puede ser positiva cuando los impulsos eróticos son depositados en la relación terapéutica y negativa si se convierte en una parte de la resistencia.

Recomendaciones a los médicos que practican el Psicoanálisis, de 1912, constituye un esfuerzo por parte de Freud de establecer reglas para la conducción de la terapia. Entre ellas el problema de memorizar los nombres, fechas y detalles que los pacientes proporcionan. Para ello, el fundador del Psicoanálisis recomienda permanecer con la "atención flotante" y desconfía de los analistas que toman notas, lo cual además de producir una impresión desfavorable, da lugar a que se enfoque la atención en aspectos fuera del material. Freud piensa que los casos en que se obtiene éxito, son aquellos en los cuales no se persigue un propósito fijo y los mayores fracasos provienen de parte de los terapeutas ambiciosos. El médico deberá ser opaco a sus enfermos, como un espejo y no mostrar sus propios sentimientos.

En su trabajo *Sobre el comienzo del tratamiento*, de 1913, Freud nos habla de que el analista evitará hacer interpretaciones tempranas y que debe esperar al desarrollo de la transferencia: "Nada se realizará sino aguardar el curso del tiempo. Si uno exhibe un interés excesivo, la resistencia comenzará a operar." En esta corta monografía Freud nos habla además de la importancia de establecer los arreglos económicos y de tiempo durante las primeras sesiones.

Dentro de 1914 se publica *Recuerdo, repetición y elaboración*, en el que se señala que las memorias de la temprana infancia, tienen que ser reconstruidas en el transcurso del análisis. Los pacientes que no recuerdan, repiten posteriormente las situaciones infantiles en sus acciones, sin darse cuenta de que lo que realizan es reiterar el pasado. La transferencia es una reproducción de lo sucedido en la niñez. El enfermo por medio de una compulsión a la repetición, remplace el impulso a recordar. La elaboración de las resistencias es un trabajo arduo y requiere una extrema paciencia del analista.

El último artículo técnico de Freud fue: *Observaciones sobre el amor de transferencia*, de 1915. El terapeuta debe registrar que el enamoramiento de un paciente es resultado de la situación analítica. El enfermo debe reconocer que tiene dos alternativas: puede abandonar el tratamiento o aceptar que su apego hacia el médico es un destino del cual no puede escapar. El amor de transferencia se transforma en un modo de resis-

tencia y la técnica demanda que el analista no le dé satisfacción, permaneciendo en una postura de abstinencia. El enamoramiento debe considerarse irreal y de origen inconsciente.

La crítica más severa que se le hace al Psicoanálisis es la falta de cambios en el procedimiento ideado por Sigmund Freud. Resulta probable que éste no fuera tan ortodoxo en las reglas a seguir, como lo son la mayoría de sus discípulos. El libro reciente de Roazen de 1975, nos habla de que la mayoría de los trabajos técnicos ofrecían recomendaciones y no reglas fijas y que incluso la generalidad de ellas habían sido enfocadas desde el punto de vista negativo, para evitar tentaciones en los futuros terapeutas. El método seguido por Freud distaba ostensiblemente de un paciente a otro y eran frecuentes las contaminaciones, pues llegó a analizar a personas muy cercanas a él.

Las especificaciones acerca de los éxitos del Psicoanálisis han variado con el tiempo. El énfasis actual reside en la psicología del *yo*, que parte de las últimas aportaciones de Freud (1923) cuando afirmaba: "Las reacciones transferenciales serán un instrumento que permitirán al *yo*, la conquista progresiva del *ello*." El problema de la realidad obliga a la represión por medio del *superyo*. La creencia de Freud era que el *yo*, luchaba en contra de los instintos sexual y agresivo desde la infancia. Las bases del tratamiento psicoanalítico son el reforzamiento de esta estructura para adaptarse a la realidad.

La mayoría de los psicoanalistas creen en su éxito en cuanto a las neurosis. En tiempos relativamente recientes, se ha intentado abarcar el campo de aplicación hacia los "casos límite" y las psicosis, con las aportaciones de algunos autores: Boyer y Giovacchini (1964), Rosenfeld (1964), Arlow y Brenner (1969) y Wexler (1971).

El Psicoanálisis es una de las terapias más difíciles de evaluar, pero muchas de sus dificultades provienen de problemas que no tienen que ver con el tratamiento, como afirma Greenson (1974), "el análisis es atacado tanto por sus contrincantes como por sus defensores".

LAS PSICOTERAPIAS

Éstas pueden ser individuales o de grupo. En las primeras se emplean otras técnicas que las psicoanalíticas. Los psicoterapeutas pueden utilizar medicamentos, son más activos y no se preocupan tanto por la creación de la autocrítica. Las variadas formas de terapias individuales constituyen la mayoría de los tratamientos que se usan hoy en día en la Psiquiatría y se podría casi asegurar que este tipo de enfoque es empleado por los mismos analistas en más de la mitad de sus pacientes.

La diferencia entre el Psicoanálisis y la Psicoterapia estriba en el grado de profundidad y en la relación de objeto que se establece, es decir, el analista opone una barrera ante el paciente evitando el contacto real y reduciendo el material a la transferencia. Ésta debe ser acentuada por medio de: 1. Emplear pasividad y mantener la anonimidad del terapeuta; 2. Enfocar los conflictos en el pasado y revisar la situación con los padres; 3. Sesiones frecuentes y utilización del diván, y 4. Interpretar los sueños valiéndose del contenido latente y mantener la asociación libre.

En las Psicoterapias se establece una relación de objeto y la barrera paciente-terapeuta es rota a través de la cercanía, el apoyo y hasta cierto punto la sugestión. La técnica debe ser enfocada a reducir la transferencia a través de: 1. Emplear una actitud activa; 2. Discutir a menudo la situación actual, minimizando el pasado; 3. Entrevistas frente a frente y con una frecuencia menor, y 4. Interpretar los sueños en su contenido manifiesto, evitar la libre asociación y disminuir las fantasías encaminadas al pasado.

Para decidir el tipo de tratamiento a escoger deben tenerse en cuenta un importante número de factores. Entre los psicológicos se encuentran: 1. Fuerza *yoica*; 2. Estabilidad o fragilidad de las defensas; 3. Posibles áreas de confrontación terapéutica, y 4. Cambios y metas intrapsíquicas que puedan ser logradas.

En cuanto a los elementos que la realidad impone, deben tomarse en cuenta: 1. Edad; 2. Ocupación; 3. Éxito; 4. Situación económica; 5. Estado matrimonial; 6. Constelación familiar; 7. Gratificación sexual, y 8. Tiempo disponible.

Numerosos autores se han ocupado de las diferencias en cuanto a los resultados a obtener. Stone (1961) nos dice que en las psicoterapias deben buscarse metas limitadas; Coleman (1949) afirma que en ellas se evitará la dependencia excesiva y se prestará atención a la realidad; Tarachow (1963) mantiene que en la Psicoterapia se sustituyen los objetos infantiles por los actuales. Además se permite la proyección tolerando culpar al ambiente o también la introyección, por medio de la cual se permite acusar al mismo cuerpo con un síntoma. En el uso de la Psicoterapia se pierde la objetividad, para brindar un *yo* estable, buscando interpretaciones que sean consonantes con esta estructura.

Se puede pensar que existe una dificultad para que una Psicoterapia, se transforme en Psicoanálisis, sin embargo, la mayoría de los analistas tienden a terminar en Psicoterapias en los momentos finales para disolver la transferencia.

Mientras los analistas establecen reglas para el manejo de sus enfermos, los psicoterapeutas no siguen regulación alguna. Estos últimos pueden mani-

pular a sus pacientes y dirigirles órdenes para cambiar determinadas formas de conducta. El tratamiento puede ser llevado a cabo dos veces por semana o dos al mes y durar solamente quince sesiones o varios años. Las opiniones de los psicoterapeutas se enfocan a las áreas fundamentales y se interpreta cuanto sea necesario. Las resistencias son generalmente evadidas y hasta reforzadas, con tal de obtener cambios en el comportamiento del enfermo.

Aunque existen un sinnúmero de escuelas específicas derivadas del Psicoanálisis de Freud, todas ellas con ideas propias, podemos afirmar que casi en su mayoría son Psicoterapias. Resulta difícil clasificarlas dado que se basan en algún aspecto específico que es originado por su autor: Adler, el complejo de inferioridad; Jung, el inconsciente colectivo, Horney y Fromm, el aspecto social, etcétera.

La terapia de grupo es un tratamiento por medio del cual el propio paciente es también un terapeuta para los otros participantes en ella. Bajo la supervisión no obstructiva de un psiquiatra, el grupo discute sus problemas y sentimientos. Todos ellos se apoyan, aprenden o bien se guían para alcanzar alguna meta. Las distorsiones de la percepción, así como las dificultades adaptativas pueden ser comprendidas mejor por medio de este tipo de terapia. Igualmente se observan mejor que en la individual, los problemas de la comunicación y existe la posibilidad de corroborar el material expuesto, por medio del presentado por otros miembros. Además aparece la ventaja de observar las reacciones competitivas.

Entre los inconvenientes puede decirse que la situación de un grupo es menos controlada por el terapeuta; tampoco se puede alcanzar una perspectiva profunda de los problemas y tienden a surgir un exceso de estímulos que desorganizan algunas de estas terapias.

En general, se procura que la mayoría de los conjuntos no sean mayores de ocho, ni menores de cinco miembros. La colocación de las personas alrededor del terapeuta debe ser interpretada desde el inicio del tratamiento. La contaminación es un factor importante, por lo que algunos autores recomiendan evitar el contacto fuera de las sesiones. Otros piensan que esta situación da lugar a cierta cohesión del grupo y facilita el crecimiento emocional.

Los terapeutas no deben involucrarse en las discusiones para no estar implicados en problemas de rivalidades que necesariamente tienen que aparecer. La selección de pacientes es también un aspecto fundamental y para ello, se requiere una cierta experiencia clínica. La mayoría de los terapeutas de grupo realizan entrevistas individuales antes de iniciar el programa de trabajo. Los conjuntos ideales son aquellos en que los miembros guardan ciertas similitudes o persiguen metas comunes. Un ejemplo de gran éxito entre estos últimos son los Alcohólicos Anónimos.

Una variante de terapia de grupo es la iniciada por Eric Berne, que basa su teoría en las interacciones individuales y lo que este autor denomina "juegos" que las personas actúan entre ellos.

En la Psicoterapia de familia se persigue localizar un conflicto específico y el terapeuta debe actuar de una manera absolutamente objetiva. Los familiares adquieren cierta autocrítica y observan aspectos de unos y otros. Las contraindicaciones surgen cuando alguno de los miembros del grupo entorpece el resultado. Los rasgos de carácter rara vez pueden ser confrontados.

Ciertos críticos de los tratamientos en grupo han señalado que son maneras baratas de obtener algunos de los beneficios de la Psicología profunda. Los terapeutas que las practican se gratifican también al tratar mayor número de personas y aunque cobren menos por individuo, la suma total de ellos produce mayores ganancias.

Sin embargo, creo que el peligro mayor reside más que en estas terapias en lo que ha sido llamado revolución de las conciencias y que no es sino un confuso y difuso grupo de tratamientos, la mayoría de los cuales son irracionales. Muchos de ellos proclaman "altas verdades" y desvían la atención de los enormes problemas sociales y económicos que actualmente sufre la humanidad.

La primera de estas formas de terapia fue iniciada por el psicólogo Carl Rogers al final de la segunda Guerra Mundial, cuando promovía lo que denominaba "crecimiento personal", a través de grupos que eran incitados a desplegar sus emociones sin intervención del terapeuta. Posteriormente nació la llamada bioenergética, cuando Alexander Lowen (1958), discípulo de Wilhelm Reich, pensó que el cuerpo humano es un sistema de energía que debe flotar libremente con el objeto de que un individuo funcione de una manera adecuada. Ello puede ser logrado de acuerdo con Lowen, liberando las tensiones físicas del organismo, así como permitiendo la descarga de las emociones.

A raíz de esto surgió la Psicología de la Gestalt y su aplicación al tratamiento para permitir al potencial del movimiento humano alcanzar su verdadero cauce y configuración. El objeto de esta terapia es superar la fragmentación de los pensamientos y emociones y buscar una relación del individuo con su ambiente.

En los sesentas esta situación fue incrementada con el uso de las drogas alucinatorias. En el momento en que los gobiernos prohibieron su libre empleo, las religiones orientales vinieron a ocupar su lugar. De aquí las diferentes formas de meditación, para extirpar los pensamientos negativos. Las nuevas disciplinas orientales y occidentales, una procedente de Bolivia, son unidas en programas esotéricos que carecen de cualquier va-

lidad científica y de todo sentido de experimentación. Últimamente, inclusive, han tomado boga las llamadas terapias sexuales, como si este acto, pudiera ser una especie de ejercicio físico, carente de contenido mental y verificado de una forma puramente casual.

LA QUIMIOTERAPIA

Resulta ser el tratamiento por medio de medicamentos. Al utilizarlos nunca se busca la adquisición de autocritica hacia el padecimiento. El mismo apoyo juega un papel secundario y la sugestión actúa rápidamente. Aunque una mayoría de los psiquiatras emplean los psicofármacos, los psicoanalistas los adoptan rara vez y solamente con determinados casos de psicóticos.

Las drogas de la mente ejercen en ocasiones su efecto, de una manera casi instantánea. En general, se puede afirmar que existe poco acuerdo en cuanto a la forma en que establecen su acción. Los psicofármacos caen dentro de cuatro categorías: 1. Son derivados de la clorpromacina que disminuye los estados de excitación y desvanece la confusión; 2. Los tranquilizantes, los cuales en su mayoría proceden de los meprobromatos y que calman la agitación, reduciendo la ansiedad; 3. Las anfetaminas, que aminoran los síntomas de la depresión, y 4. El grupo de inhibidores de la mono-amino-oxidasa que básicamente constituyen las imipraminas de efectos antidepresivos.

Casi una tercera parte de todas las prescripciones médicas de hoy en día incluyen algún psicofármaco. No obstante, aunque se utilizan tan frecuentemente, no han conseguido disminuir el número de internamientos en hospitales, pero sí se ha reducido la permanencia de los pacientes internados. Está probado el uso de drogas para la mente por auto-prescripción y la enorme dificultad que existe para controlarlo.

La llegada de la quimioterapia y de sus nuevos agentes farmacológicos fue única en la historia de la Psiquiatría. Esto fue debido en parte al entusiasmo de numerosos profesionales, así como de los afectados por alteraciones en su psiquismo. Se puede decir que el uso de estas drogas se inició en 1951 con la introducción de la clorpromacina. Su síntesis había sido lograda en Francia por Charpentier un año antes y el psiquiatra Laborit, la ensayó en 10 pacientes que no habían respondido a ninguna terapia, incluyendo electrochoques e insulina. En todos ellos, se operó una marcada recuperación. En el año de 1952, la reserpina fue administrada a 150 pacientes crónicos y se obtuvo una mejoría en 84% de ellos y 21% fueron dados de alta.

Aunque ninguno de estos medicamentos produce cambios intrapsíqui-

cos, se observa por medio de ellos una mejoría clínica, con eliminación de las alucinaciones y cambios en el juicio crítico. Resulta probable que estas drogas bloqueen el circuito emocional en el hipotálamo y con ello reduzcan el miedo y la agresión.

Los inhibidores de la mono-amino-oxidasa se introdujeron por Kuhn en 1957 y desde el punto de vista farmacológico son anticolinérgicos y por lo tanto antagonistas de los anteriores. Las imipraminas reducen las depresiones al estimular al hipotálamo y producir excitación, actividad y potenciar la capacidad de placer.

En realidad, podría decirse que el entusiasmo que estos medicamentos provocaron en un principio se ha ido desvaneciendo. La razón no estriba tanto en su ineficiencia para disminuir la angustia del ser humano, sino en la inmensidad de que tuvieran éxito en otras esferas y su fracaso de resolver los problemas profundos.

Nathan Kline ha afirmado que con los psicofármacos se obtiene cierta conformidad y que en numerosas ocasiones son administrados para "pacientes de segunda clase por psiquiatras de segunda categoría". Además ha quedado probado que muchos de los resultados obtenidos en los primeros trabajos eran falsos. La complacencia en los controles, la indiferente selección de los sujetos de experimentación y la desatención a los efectos colaterales, ha dado lugar a falsas evaluaciones de los resultados obtenidos al principio.

Un grupo numeroso de investigadores han demostrado que la administración de cualquier medicamento a una persona, tiene un significado, cuyo efecto es independiente de sus propiedades químicas. Es por ello que últimamente se ha intentado verificar la efectividad de los psicofármacos valiéndose de placebos. Un examen "doblemente a ciegas" realizado por Herbert Kortein (1957) con 25 pacientes que recibían cápsulas idénticas en botellas similares de meprobromato fueron tratados cuando presentaban estados de ansiedad, tensión muscular, inquietud e irritabilidad. Los investigadores desconocían al igual que los enfermos el material que se administraba. Un total de 72 botellas conteniendo 50 cápsulas de meprobromato y placebo fueron distribuidas. El resultado final demostró que no existía diferencia en cuanto al alivio de los síntomas, entre los que usaron la sustancia química y aquellos que utilizaban el placebo. Casi todo el grupo mejoró en una proporción semejante.

Clark y colaboradores (1961) obtuvieron conclusiones similares con mujeres esquizofrénicas a las que se les administraba lo mismo un placebo que cloropromacina, excepto que en algunas de éstas se observaron signos de Parkinson.

Naturalmente que todo lo anterior, también puede aplicarse a la

medicina general, como ha demostrado Stewart Wolf (1959 y 1962). Un buen número de los medicamentos considerados específicos para tratar enfermedades conocidas, han fracasado cuando se realizan con ellos experimentos "doblemente a ciegas".

En cuanto a la cirugía, un trabajo de Mandel Cohen y colaboradores en 1953, parece indicar un exceso de intervenciones quirúrgicas en pacientes histéricos, puesto que éstos sufrían 3.8 operaciones por 1 que se practicaba en un grupo control.

Volviendo a los psicofármacos, podemos concluir que muchos de ellos tranquilizan a los médicos que los prescriben y que a través de ellos pierden perspectiva e interés en los conflictos básicos de sus pacientes. Todos pueden ser considerados hasta cierto punto sedantes de la condición humana, y como Karl Menninger ha exclamado: "Lo que la gente necesita no es preocuparse menos, sino inquietarse más."

HOSPITALIZACIONES

La hospitalización de un enfermo, constituye una forma de observar y controlar su conducta. Este procedimiento debe considerarse necesario cuando: 1. Debe retirarse a una persona de una posición externa que pueda dañarla, o de un peligro interno que la destruya; 2. Con el objeto de reconstruir este conflicto en un medio observable, y 3. Aplicar los datos que se recolecten para el tratamiento.

Al encontrarse en estas circunstancias el individuo reproducirá dentro de la clínica un estado semejante al que vivía en la situación real; pero esto será verificado en un nivel regresivo, puesto que en el hospital, el médico representará a la figura paterna que expresa la realidad y las enfermeras a las madres que lo cuidan y alimentan.

Los pasos a seguir en la terapia de hospitalización, pueden ser: 1. Evitar que los procesos de interacción en el exterior se repitan, y 2. Reconstrucción sistemática de los aspectos *yoicos* abordables.

La llamada "terapia de medio ambiente" es una forma de manipular el ambiente de un enfermo, por medio de un hospital. Se piensa que la ayuda principal proviene del reaprendizaje, apoyo y descanso. La idea detrás de esta concepción, es que las experiencias del paciente poseen potenciales terapéuticos. Cuando un individuo se encuentra internado es posible que el programa para tratarlo tenga efecto las 24 horas del día y no el tiempo de la psicoterapia o de un electrochoque.

La terapia de actitud, se basa en las formas de reacción habituales del personal ante el enfermo. La mayoría de ellas parten de una posición básicamente amistosa. Por ejemplo en la Clínica Menninger se utilizan:

1. Activa, cuando los empleados toman la iniciativa para mostrarse amistosos; 2. Solícita, se presta una atención extra; 3. Pasiva, se espera a que el paciente haga contacto con el personal; 4. Instructiva de respuestas factuales, cuando no se muestra mayor apoyo, contestando exclusivamente a los hechos, y 5. Firme, no se le pregunta al enfermo, sino que se le ordena y las advertencias deben ser seguidas automáticamente.

Todas estas actitudes siguen principios psicodinámicos. Por ejemplo, un paciente severamente deprimido, debe ser tratado con una postura firme para obligarlo a externalizar su agresión; en cambio una actitud pasiva puede ayudar a un esquizofrénico, dado que el personal no lo presiona, sino que está preparado para responder a cualquier señal por parte de él. Una derivación de la "terapia de medio ambiente" fue iniciada por el psiquiatra escocés Maxwell Jones con veteranos de la segunda Guerra Mundial y que hoy en día es denominada "comunidad terapéutica". El beneficio principal se obtiene por intermedio de las actividades del grupo. Los hospitales que adoptan este sistema no son cerrados y simplemente dan de alta a cualquier enfermo insuficientemente cooperativo. Todos los miembros del personal son considerados en igualdad de condiciones y los psiquiatras no tienen una posición autoritaria, sino que su labor es a veces hasta menor que la de los trabajadores sociales o enfermeras.

Los pacientes alcanzan varios grados de libertad y toman parte en las discusiones, de tal forma que las restricciones del hospital provienen del conjunto formado por el personal y los enfermos.

Un día común y corriente consiste en una reunión por la mañana temprano para la lectura de un reporte de lo que cada enfermo realizó durante el día anterior. A continuación el cuerpo técnico se junta para discutir aspectos generales. Después se inician los trabajos de los diferentes grupos de terapia, que pueden incluir un psiquiatra, un psicólogo, dos trabajadores sociales, varias enfermeras y ocho o nueve pacientes.

En estas "comunidades terapéuticas", un mínimo de tratamientos individuales son llevados a cabo. Por las tardes pueden existir grupos de psicodrama u ocupacionales. No obstante, el mismo programa puede desestructurarse a petición de varios miembros.

Este sistema parece crear en el conjunto un "espíritu de familia", de tal manera que a veces, los ayudantes o enfermeras se sienten incluso capaces de manejar el hospital. Lo más importante para que funcione una "comunidad terapéutica", es la ideología del conglomerado pacientes-personal que puedan mantener un nivel moral alto, como dice Mabel Blake (1957): "Las comunidades (terapéuticas) con mayor éxito, son aquellas en que el factor que permanece es el de creer en 'algo'."

PROCEDIMIENTOS FÍSICOS, ESPECIALMENTE DE CHOQUE

La terapia convulsiva fue introducida primero por Meduna en Hungría en 1935. Coincidió su aparición con los primeros reportes sobre los tratamientos por medio del coma insulínico. Las bases para provocar convulsiones a los enfermos de esquizofrenia, partían de la rareza de que la demencia precoz y la epilepsia ocurrieran juntas. Meduna utilizaba una sustancia, el metrazol, para inducir convulsiones cuyo origen era farmacológico. En 1938, Cerletti y Bini en Italia remplazaron este tratamiento valiéndose de la corriente eléctrica.

Aunque los pacientes inconscientes no experimentan dolor y los peligros de este tipo de terapia no son considerados dramáticos, los ataques clónicos siguen resultando desagradables. Los tratamientos son verificados en series de 10 y su efecto es deteriorar la memoria y con ello disminuir la depresión; sin embargo, la mayoría de los autores desconocen cómo actúan los electrochoques.

Una teoría es que se trata de un ataque masivo sobre el sistema completo del enfermo. Otra es que a través del bloqueo de la memoria, se pueden encontrar nuevos caminos de reacción. Algunos psicoanalistas han expresado la idea de que el procedimiento satisface las necesidades de los pacientes de castigo, otros más piensan que los choques producen dependencia y apresuran cualquier terapia. Winnicott (1947) ha señalado el odio en la contratransferencia como el origen del éxito que estos tratamientos tuvieron por muchos años.

Desde la introducción de los psicofármacos, los electrochoques se han ido utilizando en un menor número de casos. Hoy en día casi exclusivamente en deprimidos severos con tendencias suicidas.

CONCLUSIONES

Es fácil olvidar que la ciencia de la mente es todavía joven. Freud murió en 1938, las comunidades terapéuticas parten de los cuarentas, las drogas provienen de los años cincuenta. Los choques y la lobotomía (hoy en desuso) fueron considerados avances en 1940 y 1950.

Resulta casi imposible predecir cuáles serán los cambios básicos que se operarán de aquí a fin de este siglo. Sin embargo, podemos asegurar que habrá un incremento en lo que se debe denominar el problema del vivir. El exceso de población causa angustia y temor del futuro; pero por otro lado la soledad y el abandono son mentalmente destructivos. El ser humano privado de contacto se vuelve psicótico.

La lucha eterna del hombre ha sido para explicar lo nuevo y lo des-

conocido, esto lo ha llevado a explorar las montañas más altas y el fondo del océano. Los descubrimientos del Psicoanálisis le permitieron comprender el funcionamiento de la mente, mas no el tratamiento de la misma, dado que todos los seres humanos que vivimos en el mundo somos anormales y normales al mismo tiempo y cualquier terapia que llevemos a cabo solamente disminuirá nuestras alteraciones en cuanto a grado.

BIBLIOGRAFÍA

- ACKERMAN, N. *Family Therapy*, en *American Handbook of Psychiatry*. Ed. Arieti, S. Basic Books. Vol. III. New York, 1966.
- ARLOW, J. y BRENNER, CH. *The Psychopathology of the Psychosis: A Proposed Revision*. Inter. J. Psychoanal. 50:5-14. 1969.
- BELKNAP, I. y STEINLE, J. *The Community and its Hospitals: A Comparative Analysis*. Syracuse Universities Press. Syracuse, 1963.
- BLAKE COHEN, M. *The Therapeutic Community and Therapy*. Psychiatry. 20:173-175. 1957.
- BOYER, B. y GIOVACCHINI, P. *Psychoanalytic Treatment of Characterological and Schizophrenic Disorders*. International Science Press. New York, 1964.
- CLARK, M., RAY, T., PAREDES, A., COSTILOE, J., CHAPPELL, J., HAGANS, J. y WOLF, S. *Chloropromazine in Chronic Schizophrenic Women*. Psychopharmacologia. 2:107-136. 1961.
- COHEN, M., ROBINS, E., PUNTELL, J., ALTMANN, M. y REID, D. *Excessive Surgery in Hysteria*. JAMA. 151:977-986. 1953.
- COLEMAN, J. *The Initial Phase of Psychotherapy*. Bull. Menn. Clinic. 13: 189-197. 1949.
- DENIKER, P. *La Psychopharmacologie*. Presses Universitaires de France. París, 1961.
- FRANK, J. y POWDERMAKER, F. *Group Psychotherapy*, en *American Handbook of Psychiatry*. Ed. Arieti, S. Basic Books. Vol. II. New York, 1959.
- FREUD, S. *The Handling of Dream Interpretation in Psychoanalysis*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. XII. London, 1911.
- FREUD, S. *The Dynamic of Transference*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. XII. London, 1912.
- FREUD, S. *Recommendations to Physicians Practising Psychoanalysis*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. XII. London, 1912.
- FREUD, S. *On Beginning the Treatment*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. XII. London, 1913.
- FREUD, S. *Remembering, Repeating and Working-Through*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. XII. London, 1914.
- FREUD, S. *Observations on Transference Love*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. XII. London, 1915.

- FREUD, S. *The Ego and the Id*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. XIX. London, 1923.
- FREUD, S. *Analysis Terminable and Interminable*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. XXIII. London, 1937.
- GREENSON, R. *The Technique and Practice of Psychoanalysis*. International Universities Press. New York, 1967.
- GREENSON, R. *The Theory of Psychoanalytic Technique*, en *American Handbook of Psychiatry*. Ed. Arieti, S. Basic Books. Vol. I. New York, 1974.
- HOCH, P. y ZUBIN, J. *The Evaluation of Psychiatric Treatment*. Grune Stratton. New York, 1964.
- HOCH, P. *Failures in Psychiatry*. Grune Stratton. New York, 1948.
- KALINOWSKY, L. *Convulsive Shock Treatment*, en *American Handbooks of Psychiatry*. Ed. Arieti, S. Basic Books. Vol. II. New York, 1959.
- KLINE, N. *Psychopharmacology*, en *The Evaluation of Psychiatric Treatment*. Ed. Hoch, P. y Zubin, J. Grune Stratton. New York, 1964.
- KORTEEN, H. *Use of "Double Blind" Study Investigating Clinical Merits of New Tranquilizing Agent*. Ann. Inter. Med. 47:978-989. 1957.
- KUHN, R. *The Treatment of Depressive States with G22355 (Imipramine Hydrochloride)*. Amer. J. Psychiat. 115:459-470. 1958.
- ROAZEN, P. *Freud and His Followers*. A. Knoff. New York, 1975.
- ROSENFELD, H. *Psychotic States*. International Universities Press. New York, 1964.
- STANTON, A. y SCHWARTZ, S. *The Mental Hospital*. Basic Books. New York, 1954.
- STONE, L. *The Psychoanalytic Situation*. International Universities Press. New York, 1961.
- TARACHOW, S. *An Introduction to Psychotherapy*. International Universities Press. New York, 1963.
- WEXLER, M. *Schizophrenia: Conflict and Deficiency*. Psychoanal. Quart. 9: 83-99. 1971
- WINNICOTT, D. *Hate in the Countertransference*, en *Collected Papers*. Tavistock Publications. London, 1947.
- WOLF, S. *The Pharmacology of Placebos*. Pharmacol. Rev. 11:689-704. 1959.
- WOLF, S. *Placebos: Problems and Pitfalls*. Clinic Pharmacol. Therapy. 3: 254-257. 1962.
- ZWEIG, S. *Mental Healers*. The Viking Press. New York, 1932.

CAPÍTULO XIX

LA ENTREVISTA INICIAL

Es un axioma que todas las personas son distintas. Debemos comenzar por aceptar estas diferencias y tratar de entender la clase de individuo con el que vamos a comunicarnos durante la primera entrevista; con el objeto de comprender desde su propio punto de vista la conducta que desarrolla. Por ello estaremos interesados en sus potencialidades y en las fuerzas que el medio ambiente (culturales, sociales, económicas, etcétera), han impuesto a la estructura psíquica que ha adoptado frente al mundo que le rodea.

El grupo para el avance de la Psicoterapia adoptó en 1961 la resolución de que el tratamiento empieza en la primera sesión. Sin embargo, creo que debemos desechar esta postura por dos motivos fundamentales. El primero porque un paciente puede rechazarnos desde el inicio de la entrevista y el segundo por las numerosas razones que existen para que el terapeuta se decida a no analizar a ese enfermo.

La entrevista inicial, por lo tanto, deberá ser guiada y dirigida a recabar la mayor información posible. Existen numerosos aspectos que debe uno conocer e interrogar, para poderse formar una impresión final acerca de la persona, con la cual se tomará una decisión en cuanto a tratarla o no.

Lo primero que debemos investigar en un individuo que solicita una entrevista, es la crisis que lo trajo hacia nosotros. En el fondo podemos pensar que casi nadie quiere saber nada sobre sí mismo, ninguna persona desea ser confrontada. La gente busca ayuda porque existe una crisis en sus vidas: el matrimonio está a punto de desintegrarse, el sujeto se encuentra al borde de perder su trabajo, o bien, está experimentando un gran sufrimiento mental. Resulta por todo ello, intrínseco considerar el marco de referencia que ha derivado en esta crisis, lo cual nos permitirá establecer un diagnóstico actual. El siguiente paso a seguir es tratar de orientarnos desde el punto de vista pronóstico. Para ello un buen índice será la historia de las relaciones de objeto en la vida del paciente, puesto

que éstas nos demostrarán las posibilidades del desarrollo de la transferencia. Aunque lo más frecuente es que ella se establezca en la relación previa con los padres, si uno encuentra abandono o aislamiento por parte de los progenitores, tal vez al hallar el afecto de un tío o de un amigo, quedará abierta la posibilidad para que la relación transferencial pueda desencadenarse.

Otro elemento importante, desde el punto de vista pronóstico, es la evaluación de la historia sexual. El posible resultado del tratamiento de un individuo que nunca se haya masturbado, es casi siempre desfavorable. De la misma manera debe determinarse la forma como un enfermo ha intentado solucionar la situación edípica, puesto que ello nos indicará un aspecto trascendental de su identidad sexual.

Antes de trazar un esquema sobre los datos principales a coleccionar en la construcción de una historia clínica, debo añadir aquí que las experiencias tempranas son las más significativas, desde el punto de vista psicodinámico. El estudio de la familia y de los elementos que rodearon la infancia de una persona, serán fundamentales para enmarcar los problemas actuales.

Las investigaciones llevadas a cabo para demostrar la herencia de los trastornos mentales han probado ser decepcionantes para aquellos que esperaban simplificar el problema, reduciéndolo a una situación de transmisión de los caracteres. Sin embargo, todos sabemos que una persona enferma puede crear un ambiente emocional anormal y por ello la evidencia de alteraciones psíquicas en una familia deberá ser indagada. Resulta fundamental investigar los caracteres de los parientes y poner en evidencia sus dificultades en las relaciones interpersonales.

El registro de la historia del pasado de un enfermo nos indicará su desarrollo, experiencias, alcances y los rasgos de carácter que son el resultado de todo ello. Con el propósito de estudiar los antecedentes en la vida de una persona, hemos adoptado a distintos autores y manuales que se emplean con el objeto de correlacionar los eventos, antecedentes y la conducta. Los principales textos que hemos consultado han sido: Kirby (1921), Preu (1943), Meyer (1951), Menninger (1962), la entrevista psiquiátrica de la Universidad de Washington y el estudio de casos de la Fundación Pinel.

PERFIL DE HISTORIA CLÍNICA

Siempre debe uno tener en consideración que aquel acontecimiento que para el observador pudiera haber sido traumático, a lo mejor careció de significación para el paciente. Es por ello que se pedirá la mayor es-

pontaneidad en el relato de los incidentes, sin pensar en el efecto que pudieran haber producido las mismas situaciones en nosotros. Siguiendo diferentes encabezados la información a recabar debe ser la siguiente:

1. *Medio ambiente que rodeó al enfermo:* regional, físico, social y cultural. Tener en cuenta los cambios que se operaron en cuanto a aspectos tradicionales y económicos. Modificación de un ambiente rural hacia uno urbano. Pobreza a clase media; escasez a riqueza, condición proletaria a negocios o profesiones. Es importante obtener los nombres de los barrios y calles en los que se habitó, dado que nos facilitan las posibilidades de fijar en la memoria, los elementos que circundaron al paciente en las diferentes épocas.

2. *Constelación familiar:* a) Padre: edad, ocupación. Datos históricos de su origen y vida. Elementos sobresalientes en sus rasgos de carácter. Relación con otros miembros de la familia. Favoritismos. b) Madre: edad y ocupación. Datos históricos de su origen y vida. Elementos sobresalientes de sus rasgos de carácter. Relación con otros miembros del hogar. Favoritismos. c) Hermanos: edad y sexo, lugar que se ocupa entre ellos, relaciones y características. Grado de favoritismo que existió. d) Otros miembros que entraron a formar parte del círculo familiar. Rasgos de personalidad de éstos y relación que guardan con el enfermo.

3. *Historia personal del pasado:* cualquier dato que pueda ser recordado o bien que se le haya contado acerca de las circunstancias del nacimiento. Sus primeros años infantiles. Reacción ante el natalicio de los hermanos y actitudes de los padres. Evidencia posible de alteraciones emocionales durante la niñez temprana detectable en la conducta, como: alimentación, entrenamiento de esfínteres, enuresis, terrores nocturnos, morirse las uñas, berrinches, etcétera.

4. *Historia escolar:* Un recuento de la biografía colegial, tanto desde el punto de vista académico como social. La reacción de esta persona ante la disciplina e impulsos.

5. *Historia ocupacional:* La naturaleza de los intereses en el trabajo, logros, razones para cambiar empleos. Actitudes hacia los compañeros y jefes. Éxitos y fracasos y reacción ante ellos.

6. *Historia sexual y marital:* El desarrollo de la sexualidad constituye un índice del grado de patología de un individuo. No debe haber en el terapeuta ninguna barrera para explorarlo directamente, aunque se evitará imponerlo durante la entrevista de una manera abrupta. También puede ser inferida la situación sexual en las actitudes que los padres guardaron y en el contacto con los distintos compañeros. Investíguense con detalle las primeras relaciones sexuales. Problemas que se presentaron. Noviazgos y sus características. Matrimonios. Personalidades de los cón-

yuges. Edad, ocupación y datos sobre sus vidas. Situación actual tanto marital como sexual. Hijos. Edades, escolaridad, etcétera.

7. *Historia médica:* Las actitudes de la persona hacia la salud física. Enfermedades que haya padecido. Relación de éstas con los problemas emocionales.

8. *Intereses y hábitos:* Son de gran importancia las inclinaciones de una persona, tales como: lectura, música, arte, comida, etcétera. Estudiar sus valores: morales, espirituales, estéticos e intelectuales. Asimismo, la regularidad de los hábitos (meticulosidad, rigidez, perfeccionamiento) o la indulgencia (suciedad, falta de maneras, etcétera).

Este último inciso es importante desde el punto de vista contra-transferencial para evitar conflictos entre los posibles valores del terapeuta y los de su paciente.

EL EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

Esta exploración se basa en la idea de que existen ciertos modelos del intelecto y de carácter emocional, que pueden ser interpretados por medio de la observación directa, los cuales nos facilitan la comprensión del enfermo.

De la misma forma que los médicos realizan el examen físico, los psiquiatras y psicoterapeutas estudian seccionalmente la mente para descubrir las anormalidades de la conducta que puedan inferirse. Si definimos el comportamiento como la manera habitual de reaccionar de un organismo en respuesta a los estímulos, podemos considerar anormales a los fenómenos o rasgos que son inapropiados, ineficientes y antieconómicos, desde el punto de vista práctico o que más bien interfieren con la adaptación humana.

Para conveniencia de su registro, el examen mental ha sido dividido en diferentes aspectos separados, de tal manera que la alteración de una de estas partes nos dará indicaciones diagnósticas, pero debemos considerar que no es sino la suma de los distintos elementos, más la historia del paciente, la que nos llevará a la evaluación final. En otras palabras, el examen mental es simplemente una descripción de aspectos sobresalientes de la conducta, que deben aguardar a la interpretación total de los rasgos de carácter para alcanzar una conclusión.

Resulta asimismo recomendable mantener la espontaneidad de la comunicación, de tal manera que esta exploración se realice durante el proceso de recabar la historia y que únicamente se cuestionen aquellos detalles que sean necesarios, para llegar a un diagnóstico preciso. Es decir, que si un enfermo llega a tiempo a su cita, sin ser acompañado por nadie,

no necesitará ser interrogado sobre su orientación temporal, de lugar o de persona.

PERFIL DEL EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

1. *Apariencia, actitudes y conducta general.* Esto debe incluir la descripción física del paciente, su manera de vestir, la actividad motriz (sobre-actividad, pasividad, incongruente), la expresión facial, los manierismos y negativismos. La accesibilidad de la persona debe ser señalada, así como la actitud hacia el examinador (amistosa, agresiva, de sometimiento). La posición durante el transcurso de la entrevista (tolerante, evasiva, de entusiasmo o aversión) y los cambios que se notan hacia los temas discutidos. Algunas observaciones de concomitantes fisiológicos deben ser apreciadas tales como: tensión, dilatación de las pupilas, rubor, sudoración, dificultad respiratoria, etcétera.

Determinados pacientes no cooperan o permanecen en mutismo, en cuyo caso una descripción detallada de ellos es fundamental para encaminarnos hacia un diagnóstico. Ejemplos de lo anterior fueron realizados en el capítulo sobre esquizofrenia. Físicamente podemos establecer ciertas problemáticas desde que vemos por primera vez a una persona, un caso de obesidad nos obligará a interrogar el problema de la relación con la madre. Actitudes de suspicacia y evasión nos indicarán una conflictiva con la figura paterna. El rubor frecuente puede señalar vergüenza o aspectos homosexuales reprimidos. La ausencia de aretes puede indicar protesta masculina en una mujer, etcétera.

2. *Lenguaje.* Las desviaciones cuantitativas son importantes y cabe señalar algunas como el incremento o disminución, la aceleración o el retardo. Las cuantitativas pueden ser, la riqueza o pobreza del vocabulario, espontaneidad, la relevancia y coherencia. Por otra parte, deben observarse las interrupciones del habla como las distracciones, los bloqueos, la fuga de ideas y las alteraciones de las asociaciones lógicas.

El lenguaje del esquizofrénico posee características que ya señalamos. Recuérdese la importancia que le damos a las interceptaciones, pero además deben advertirse otras anomalías, como las perseveraciones, neologismos y la ecolalia, que constituyen simbolismos expresados a través de la actividad del lenguaje. En el depresivo observamos generalmente retardo y pobreza de ideas.

3. *Contenido del pensamiento.* Aquí, en contraste con el aspecto precedente, estaremos interesados en cómo el paciente verbaliza sus procesos mentales, sus ideas, preocupaciones, creencias y deseos.

Para evaluar el contenido del pensamiento uno debe conocer los factores culturales y las convicciones de su grupo social. Las reflexiones anor-

males siguen grados desde peculiaridades hasta ideas bizarras, malentendidos, concepciones sobrevaluadas, ilusiones (interpretaciones sensoriales distorsionadas), delirios (creencias falsas) y alucinaciones (percepciones sensoriales inexistentes).

En los neuróticos encontraremos ideas que representan síntomas, pero en los psicóticos los procesos mentales se hallan mucho más alterados, llevándonos hasta la desorganización y desintegración de la personalidad. Si el examinador sospecha la presencia de pensamientos delirantes, debe interrogar al paciente acerca de cómo la gente lo ha tratado y las influencias que ha recibido. El área que se refiere a las alucinaciones puede ser explorada introduciendo la idea de las experiencias poco usuales, con el objeto de evitar razonamientos innecesarios con el entrevistado.

4. *Estado emocional.* Este aspecto del funcionamiento humano es determinado no sólo por lo que el enfermo nos dice sobre sus sentimientos, sino por la expresión que se observa en su actitud (incluyendo los concomitantes fisiológicos).

Las disposiciones de ánimo prevalecientes pueden ser descritas en términos de: a) Variaciones frecuentes de la alegría a la tristeza o indiferencia; b) Inconsistencia, cambios rápidos de una emoción a la siguiente de una manera lábil; c) Irresponsiva, o sea lo que se denomina emoción congelada; d) Reacción afectiva adecuada, es decir, mostrar expresión de tristeza al hablar de amarguras, o de alegría cuando se exponen aspectos felices, y e) Aplanamiento del afecto que es frecuente en los pacientes esquizofrénicos.

La unión de sentimientos que se establecen entre el entrevistado y el examinador (*rappport*), tiene significación tanto desde el punto de vista diagnóstico como del tratamiento. El afecto en los sentimientos de una persona puede indicarnos su habilidad para establecer la transferencia. Sin embargo, no sólo debemos evaluar lo que experimenta el enfermo, sino la sensación que se despierta en nosotros y sobre todo, la raíz de la que ésta parte, con el objeto de que no interfiera con el manejo del paciente.

5. *Estado del sensorio y capacidad intelectual.* En ello trataremos de estimar la aptitud que el paciente demuestra ante el medio que lo rodea, su habilidad para entender las situaciones externas y la forma en que moviliza su función intelectual.

Las alteraciones en esta esfera varían desde ligeros oscurecimientos de su conciencia, hasta esados delirantes o estupores y pueden ser debidas a las siguientes alteraciones: a) Desórdenes en el funcionamiento del sistema nervioso central, como los causados por defectos del desarrollo (amenias) o debidos a cambios secundarios (inflamatorios, tóxicos, traumáticos, degenerativos, neoplásicos). En estos casos el examen mental es una parte

del neurológico; *b*) Desórdenes emocionales como la excitación o el pánico, la amnesia histérica, preocupaciones obsesivas y otras condiciones determinadas que provocan fluctuaciones en el sensorio. La orientación debe ser evaluada en el tiempo, lugar y persona. La memoria es la habilidad para retener eventos e ideas y puede ser inmediata, reciente o remota. Aunque la inteligencia es estimada a través de las pruebas psicológicas, un bosquejo de ella, puede ser logrado sobre las bases de alcances escolares, información y vocabulario, así como logros conseguidos por el paciente a lo largo de su vida. En relación con la capacidad intelectual, debe uno estar atento a los cambios recientes que se hayan podido operar. Indicaciones de deterioro de la inteligencia pueden ser percibidos en las discrepancias entre el vocabulario (que se preserva hasta relativamente tarde) y el pensamiento abstracto (que se pierde al comenzar una alteración orgánica en forma temprana).

6. *Juicio y autocrítica.* Juicio es la habilidad de un enfermo para relacionar los eventos entre sí y en una situación total. Esto se refiere a los sucesos del pasado, presente y futuro. La claridad del funcionamiento mental debe ser evaluada, así como las discrepancias entre las realidades, las situaciones objetivas y las reacciones del paciente que nos muestran la calidad de su capacidad de juicio.

Por autocrítica entendemos la habilidad de un enfermo para comprender su conducta en términos de su posición total (presenta un padecimiento y necesita tratamiento) y también las relaciones más específicas (los factores envueltos en el desarrollo de su patología). Podemos considerar varios grados de autocrítica: *a*) Ninguno, cuando el paciente no admite estar enfermo; *b*) Parcial, cuando el individuo reconoce las anomalías de su conducta, pero no se da cuenta de su significado; *c*) Formal (verbal), la persona entiende algunos aspectos anormales, pero sus reacciones no corresponden a lo que afirma.

Tanto el juicio como la autocrítica son funciones complejas de la personalidad, que envuelven comprensión, asociación, memoria, razonamiento y planeación. Esto a su vez depende de los procesos de organización e integrativos que se ponen de manifiesto en la capacidad intelectual, emocional y los rasgos de carácter de un individuo.

PRINCIPALES SÍNDROMES PSICOPATOLÓGICOS

La siguiente guía puede servir, a la persona que se inicia, para integrar: la crisis que llevó al paciente con nosotros, los datos fundamentales de la historia y los elementos sobresalientes del examen mental para encontrar rasgos de conducta comunes, que nos llevan a un diagnóstico.

Estas breves descripciones nos ayudarán a condensar los casos y son simplemente realizadas con propósitos clasificatorios. De ninguna manera deben ser consideradas definitivas, puesto que todos sabemos que los desórdenes de la personalidad son el resultado de tantos elementos de la biología humana y de la experiencia, que resulta difícil concebir un diagnóstico que sea completamente satisfactorio desde el punto de vista etiológico, dinámico, estructural y económico.

Los perfiles de conducta pueden ser divididos de una manera global en psicóticos y no psicóticos. Ello se realiza como hemos visto anteriormente, tomando como base el funcionamiento del paciente en relación con la realidad. La evidencia de distorsiones en este aspecto puede ser establecida con la presencia de delirios y alucinaciones, o bien en las alteraciones del funcionamiento sensorio-intelectual. Las perturbaciones en la esfera de la realidad pueden ser observadas en las actividades no verbales del individuo (ejemplo, el paciente aislado, inhibido, negligente de su higiene personal y que rehusa los alimentos). En otros aspectos el diagnóstico no puede ser establecido con tanta facilidad, puesto que existen pacientes psicóticos que pueden manejar cierto contacto social. Lo mismo se puede afirmar con relación a la autocrítica, pues ésta puede presentarse en cierto grado aun en enfermos esquizofrénicos graves.

FORMULACIONES DIAGNÓSTICAS

LAS HISTERIAS

Crisis: Variables, usualmente relacionadas con fenómenos conversivos o dificultades en la seducción.

Historia: Inestabilidad emocional. Padre seductor. Rivalidad con la madre. Favoritismo en la infancia y demandas excesivas.

Estado mental: Evidencia de ansiedad. Lenguaje con aspectos dramáticos. En el contenido del pensamiento dificultad para establecer síntesis de lo relatado. Afecto lábil. Autocrítica parcial.

OBSESIVO-COMPULSIVO

Crisis: Generalmente aspectos depresivos, debidos a problemas actuales.

Historia: Profundas culpas infantiles. Actitudes disciplinarias de los padres. Memorias encubridoras. Rigidez en la situación escolar y problemas sexuales ambivalentes.

Estado mental: Lenguaje rígido apegado a eventos reales. Pensamiento con divisiones objetales. Aislamiento de los afectos.

DESÓRDENES ESQUIZOFRÉNICOS

Crisis: Eventualmente vaga, con fenómenos de irrealidad.

Historia: Proceso lento en el cual existió dificultad en la comunicación. Padres "esquizofrenizantes". Cambios notables en los logros escolares con oscilaciones.

Estado mental: Desorden en el lenguaje, carencia de una meta en lo que se relata. Pensamiento desintegrado. Afecto aplanado. Autocrítica parcial.

ESQUIZOFRENIA, FORMA PARANOIDE

Crisis: Fenómeno persecutorio.

Historia: Problema con el padre. Rigidez y suspicacia en todas las situaciones. Sensibilidad a la crítica. Homosexualidad latente.

Estado mental: Fenómenos delirantes en el contenido de los pensamientos. Juicios bizarros. Autocrítica alterada.

ESQUIZOFRENIA, FORMA AFECTIVA

Crisis: Usualmente ninguna por parte del paciente.

Historia: Posibilidad de episodios previos. Omnipotencia a lo largo de lo relatado.

Estado mental: Lenguaje expansivo con fuga de ideas. Afecto eufórico. Juicio perturbado. Falta total de autocrítica.

DEPRESIÓN PSICÓTICA

Crisis: Sentimientos de culpa. Pérdida del interés. Insomnio, baja de peso y de la energía.

Historia: Favorito de la casa. Demandantes. Fallas para lograr las aspiraciones de los padres.

Estado mental: Retardo psicomotor. Ideas autodestructivas en el pensamiento. Afecto con emociones congeladas. Exceso de autocrítica.

ANTISOCIALES

Crisis: Víctima de las circunstancias.

Historia: Actividades contra las normas sociales repetitivas y escasa capacidad para aprender con la experiencia.

Estado mental: Actitudes que indican una falta de responsabilidad. Ausencia de sentimiento de culpa en la autocrítica.

PSICOSIS ORGÁNICA

Crisis: Reducción de la capacidad intelectual. Cambios de carácter.

Historia: Factores precipitantes. Aspecto médico con deterioro paulatino.

Estado mental: Evidencia de alteraciones en el área sensorio-intelectual. Defectos del juicio y de la capacidad psíquica.

DÉBIL MENTAL

Crisis: Dificultades para adaptarse a situaciones ligeramente complicadas.

Historia: Retardo en el desarrollo de todo tipo de habilidades.

Estado mental: Deficiencia en la inteligencia.

Debe reconocerse que todos estos perfiles no son mutuamente exclusivos y que representan las características más marcadas. Cada caso individual tendrá sus rasgos propios y lo anterior únicamente debe servirnos como guía para establecer una impresión diagnóstica.

LA INICIACIÓN DE LA TERAPIA

El contrato es un convenio verbal no firmado que se establece entre el paciente y su terapeuta, en el que existen una serie de elementos formales de intercambio recíproco. El convenio implica dar y ganar por ambas partes. Una de ellas, el enfermo, necesita ayuda que es ofrecida por un profesional que posee una técnica para asistirlo. A cambio de ello se dará un pago que ha sido arreglado por anticipado y el terapeuta se compromete a actuar en beneficio del paciente dentro de la ética de su trabajo. Este acuerdo, como afirma Erikson (1964) establece un respeto mutuo, rechazando toda coacción y fomentando la igualdad.

Por otra parte, como ha hecho notar Karl Menninger (1961), el tratamiento es una transacción ilimitada, puesto que no conocemos lo que significa la normalidad, la madurez, ni la salud mental. Es por ello, que el paciente no paga por curarse, aunque esto sea lo que en última instancia busque, sino simplemente por los servicios profesionales del terapeuta. Este último sólo puede ceder su capacidad y tiempo, debe ser puntual y confiable.

Desde un principio se aconseja informar al enfermo sobre la duración de cada entrevista, la ventaja de que asista regularmente y a tiempo a las citas, la forma de realizar los pagos y la necesidad de devengar honorarios por las sesiones faltadas. Esto se acuerda, dado que es muy poco lo que el terapeuta puede hacer con la hora, si el paciente no asiste a ella.

Se diría que la parte inicial de cualquier tratamiento es el análisis del arreglo que se ha establecido. Aquello que comienza sin algunos parámetros, tarde o temprano se convertirá en un desorden, que romperá la relación terapéutica. Esto lo observamos comúnmente cuando ninguna de las dos partes colabora con la otra, o bien, comienzan los aspectos persecutorios.

En relación con el tiempo, la práctica habitual es la de establecer las sesiones con una duración de 45 a 50 minutos, utilizando el terapeuta los minutos restantes de la hora para su descanso, antes de que llegue el paciente siguiente. Por desgracia, como ha hecho notar Greenson (1974), esta situación ha ido perdiéndose con la industrialización del Psicoanálisis, de tal manera, que numerosos analistas ven un enfermo tras otro, para llenar todo su horario de sesiones.

Aunque la duración de la entrevista haya sido planteada anticipadamente, cabe agregar aquí que ésta puede ser alterada en ciertos casos, cuando el material suscitado así lo requiera; tal vez es por ello útil la idea de que exista un lapso de cinco minutos.

El periodo asignado a los enfermos no debe ser violado por interrupciones. Resulta importante evitar la contestación telefónica, a menos que exista una emergencia real. Cuando tal cosa suceda, el terapeuta deberá excusarse y contestar brevemente.

La frecuencia de las sesiones es un asunto relacionado con el procedimiento que se emplea. El Psicoanálisis requiere una mayor asiduidad que la Psicoterapia, como ya mencionamos. Sin embargo, las contingencias de tipo práctico como el tiempo disponible y la capacidad económica requieren una valoración fundamental.

En lo que respecta al cobro cabe señalar con Kubie (1975) que el terapeuta no debe eludir la significación inconsciente del dinero y mucho menos mostrarse huido con respecto al tema. La necesidad de llegar a un acuerdo al inicio del tratamiento es muy importante, pues el aspecto económico entabla una obligación por parte del paciente. El terapeuta otorga numerosas horas de su vida para ayudarlo, cosa que el enfermo sabe y para contrarrestar el surgimiento de culpa y una innecesaria gratitud, es importante que pague de una manera adecuada. El paciente sentirá con ello la propiedad del tiempo terapéutico, puesto que las sesiones dedicadas a él, no podrán ser utilizadas por ningún otro.

En relación a cuánto debe retribuir el enfermo, Kubie solicita que se analicen los siguientes puntos: estado financiero, capital, ingresos mensuales, perspectivas y responsabilidades. El terapeuta estará siempre informado de la procedencia del dinero con el que se le paga. Lo ideal es que éste provenga de las ganancias del analizado.

Algunas reacciones transferenciales cuando los honorarios son muy altos, pueden ser: que el tratamiento es una carga, producir fantasías mágicas y omnipotentes, o bien, proporcionar satisfacción masoquista. Si los honorarios son bajos, se puede sentir: considerar el tratamiento como poco significativo y no darle trascendencia, depender excesivamente del terapeuta, manipular la transferencia sintiéndose el paciente favorito, o bien, proporcionarle satisfacción sádica.

Desde el punto de vista contratransferencial, si el terapeuta cobra una suma considerable puede sentirse: dependiente del paciente y manipularlo, hacerlo su favorito o necesitar hacer más por él. Si por el contrario, la remuneración es baja el terapeuta puede revelar un deseo aparente de que no le importa el dinero, obligar al enfermo a un agradecimiento eterno, o bien, mostrar culpa excesiva por recibir honorarios. Podría decirse que lo adecuado es cobrar lo justo, de acuerdo con los ingresos del paciente y las necesidades del terapeuta. Como afirma Kubie: "Los mejores analistas son aquellos que dependen menos de sus enfermos para subsistir."

Otro punto en el que debe existir un acuerdo es el referente a las vacaciones del terapeuta; éstas se anunciarán con la necesaria anticipación con el objeto de que el paciente planeé su tiempo disponible. También se aclararán los días en que no se va a trabajar y avisarle al enfermo si se laborará en un día festivo, ya que éste no estará obligado a pagar por la sesión si no asiste a ella.

En relación a la duración del tratamiento, el terapeuta debe siempre intentar calcular un lapso, apoyándose en las metas que se proponga lograr. Por otra parte, una vez conseguidas las anteriores, la prolongación del procedimiento será por acuerdo mutuo.

BIBLIOGRAFÍA

- A Case Study*. The Pinel Foundation. Seattle, 1950.
ERIKSON, E. *Insight and Responsibility*. Morton. New York, 1964.
GREENSON, R. *The Decline and Fall of the 50 Minute Hour*. Jour. Amer. Psychoanal. A. 22:785-791. 1974.
Group for the Advancement of Psychotherapy. The Initial Interview. New York, 1961.

- KIRBY, G. *Guides for History Taking and Clinical Examination of Psychiatric Cases*. Utica State Hospitals Press. 1921.
- KUBIE, L. *Practical and Theoretical Aspects of Psychoanalysis*. International Universities Press. 1975.
- MENNINGER, K. *Theory of Psychoanalytic Technique*. Basic Books. New York, 1958.
- MENNINGER, K. *A Manual of Psychiatric Case Study*. Grune Stratton. New York, 1962.
- MEYER, A. *The Psychobiological Point of View*. Psychiatric Interview. Collected Works. John Hopkins Press. 1951.
- PREU, P. *Outline of Psychiatric Case Study*. Hoeber. New York.
- TARACHOW, S. *An Introduction to Psychotherapy*. International Universities Press. New York, 1963.
- The Psychiatric Interview*. Washington University. St. Louis, 1955.

CAPÍTULO XX

LA LIBRE ASOCIACIÓN

Se puede afirmar que la asociación libre y los sueños, son las dos divisiones del pensamiento humano en las cuales se basa el Psicoanálisis. Asimismo constituyen los instrumentos que mejor debe manejar cualquier terapeuta. Sin embargo, por lo que respecta a la libre asociación se podría decir que la literatura sobre el tema escasea y no existe un estudio meta-psicológico profundo sobre ella.

La historia del concepto parte de la asociación de palabras que aparece en la *Lógica* de Aristóteles, cuando este filósofo interrelacionaba los vocablos y los enlazaba por identidad, similaridad o contraste. Sin temor a equivocarnos, podemos asegurar que fue John Locke (1690) el que introdujo el término asociación para reunir conceptos que se hallaban separados, fundando toda una escuela de Filosofía. John Stuart Mill (1841) formuló las leyes de la frecuencia e intensidad de las ideas y sostenía que la repetición y periodicidad provocan el condicionamiento para asociar a distintos elementos.

Según Zilboorg (1952), mientras Freud era estudiante en la Universidad de Viena, tradujo el 12º volumen de la obra de Mill. Resulta también posible que el descubridor del Psicoanálisis, haya conocido los trabajos de Francis Galton y especialmente el intitulado *Experimentos psicométricos*, publicado en la revista *Brain* en 1879 y en el cual se afirma: "Las ideas se presentan por asociación, ya sea a través de un objeto nuevamente percibido por los sentidos o por pensamientos previos que cuando vuelven a surgir no pueden ser detenidos." Galton descubrió lo que denominó memorias perdidas y que el 39% de las asociaciones llevaban a la infancia y juventud, en tanto que únicamente 15% de ellas se relacionaban con los eventos actuales.

En otro párrafo Galton concluye: "Tal vez las más fuertes de las impresiones, nos demuestran el trabajo realizado por la mente en un estado seminconsciente y la razón válida que existe para creer en una condición

profunda de las operaciones mentales; que se halla hundida detrás del nivel de la consciencia y que puede tomar a fenómenos psíquicos, que de otra manera no podrían ser comprendidos."

Es imposible decir con certeza la familiaridad de Freud con los artículos de Galton, pero resulta indudable que el creador del Psicoanálisis, debe haberse apoyado en el pensamiento de su época, para tomar el paso decisivo de utilizar la asociación libre, con el objeto de comprender los mecanismos fundamentales de la mente humana.

Jones (1956) nos dice que no existe fecha exacta acerca del descubrimiento de la regla fundamental, o sea seguir la libre asociación, permitiendo al enfermo exponer cualquier idea que surja en su pensamiento, sin censura alguna. No obstante, lo que sí puede asegurarse es que el método fue gradualmente aplicado entre los años de 1892 y 1895; cuando Freud abandona el procedimiento hipnótico. La paciente Elizabeth von R., cuyo tratamiento se inicia en el otoño de 1892, fue la primera en usar la técnica de la concentración. La enferma acostada sobre el diván con los ojos cerrados, tenía que prestar toda su atención hacia un síntoma determinado y tratar de recordar cualquier memoria olvidada que diera lugar a la comprensión del origen del mismo. Se podría decir, que este proceso no era propiamente de asociación libre, dado que Freud controlaba las ideas puesto que unía los pensamientos alrededor de un tema.

El paso más importante para alcanzar la regla fundamental del Psicoanálisis, aparece cuando Elizabeth, insiste en ignorar cualquier censura y se decide a expresar todos sus pensamientos. Debe añadirse aquí, que la paciente comenzó a reprobar las frecuentes interrupciones que realizaba Freud y le pide que se mantenga callado, con el objeto de que el flujo de sus ideas se sostenga constante. A partir de este instante, puede afirmarse que la técnica de la asociación libre quedaba establecida. La hipnosis es abandonada definitivamente en 1896 y la idea de que el enfermo cierre los ojos, en 1904.

La forma en la que Freud describe la regla fundamental es la siguiente: "Importa poco que el tratamiento se inicie con uno u otro tema, que el paciente nos cuente su vida, los episodios de su enfermedad, o los recuerdos infantiles. En todo caso debe dejarse a la persona escoger el asunto que quiera. Hace falta que al comienzo se dé a conocer la regla fundamental del Psicoanálisis que será advertida de la siguiente forma: 'Vuestro recital diferirá en un punto de la conversación ordinaria, no importa que se pierda el hilo de lo que se cuenta, todos los pensamientos, cuantas ideas secundarias se generen de su exposición, usted observará que mientras relata los eventos, diversas imágenes van a aparecer y algunas de ellas serán rechazadas, porque atraviesan la parte crítica de la mente. Usted

estará tentado a decirse, «esto o aquello no tienen nada que ver aquí, o bien, tales cosas carecen de importancia, también más allá, esto es insensato y no voy a hablar de ello». De cualquier manera no se debe ceder a la crítica y decirlo a pesar de todo, aun cuando se toquen aspectos repugnantes o justamente por ello'. Se verá y comprenderá más tarde el por qué se impone esta regla, la única que en Psicoanálisis debe ser seguida. Es decir, hablar de todo lo que surja en el pensamiento. Compararé la libre asociación a la forma como describiría un paisaje el viajero que se encontrara frente a la ventana de su compartimiento, a una persona emplazada detrás de él. En fin, no debe olvidarse jamás la promesa de ser siempre franco y no omitir nada que por cualquier razón parezca desagradable de pronunciar."

El concepto analítico de la libre asociación como afirma Bellak (1961) estaba originalmente relacionado con la teoría topográfica y se buscaba descubrir por medio de él, la represión y los elementos traumáticos. Debemos recordar aquí como ha hecho notar Rappaport (1950) que la liberación de las ideas parte de una teoría de la motivación de la memoria y que el psicoanalista las escucha como un desligado observador.

Cuando los pacientes inician el tratamiento generalmente tienen dificultad para llevar a cabo la asociación libre y es frecuente que una vez que nos han relatado sus conflictos y vicisitudes, nos aseguren que ya no pueden decirnos más. Es en esos momentos, cuando el terapeuta insistirá que todavía no han aprendido a asociar. A partir de aquí, un proceso sutil se establece, por medio del cual el enfermo sigue un cierto nivel de comunicación que es apreciado por el terapeuta.

Según Rosner (1973) en el proceso de la asociación libre encontramos que un pensamiento aparece en un paciente, el cual inmediatamente estimula a otro. Ambos a su vez ejercen influencia en las ideas que se suceden, las cuales provienen como es natural de las reflexiones que son más controladas por el yo, hasta aquellas menos definidas y que serán más profundas. En el transcurso del proceso la resistencia suele desarrollarse, de tal manera que interfiere con las asociaciones. Si tal suceso no ocurre, éstas nos llevarán a la interpretación y finalmente a la producción de la autocrítica. En el fondo, las asociaciones sufren debido a los aspectos ligados al proceso primario, las mismas circunstancias que observamos en el inconsciente: condensaciones, fragmentaciones y desplazamientos.

Sabemos hoy en día que el proceso psicoanalítico no envuelve tanto el hacer consciente lo inconsciente, sino la reestructuración de varias actividades del yo, incluyendo un cambio en las relaciones de objeto, vía aprendizaje o por medio de la transferencia.

Valiéndonos de las proposiciones de Hartman (1950) el aspecto estruc-

tural del proceso de la libre asociación puede ser comprendido, ya que se caracteriza por una exclusión del yo de una parte de sus actividades. Kris (1952) ha acuñado el término regresión al servicio del yo y también la idea de las oscilaciones de esta estructura. Cuando se solicita al enfermo seguir la regla fundamental, en realidad se le está instando a disminuir su función cognoscitiva y enfocar en su preconsciente, todo estímulo que surja sin un propósito determinado, evitando con ello que pueda apoyarse en la realidad externa. Este proceso regresivo nos recuerda algunos de los juegos de palabras que se verifican en la infancia temprana.

Las actitudes más frecuentemente observadas en los pacientes hacia la asociación libre varían de acuerdo con los puntos de fijación. En los orales el proceso puede tener implicaciones placenteras de pasividad y dependencia. En cambio los anales, temen la invasión del material sucio y peligroso. Los fálicos pueden mostrarse intrusivos y desear ser escuchados constantemente.

Desde el aspecto diagnóstico observamos que en las histéricas, la regresión toma lugar fácilmente, pero la función sintética está frecuentemente ausente. Es decir, que les cuesta mucho trabajo resumir el material que aportaron. Los obsesivos, por el contrario, presentan al analista un conjunto de elementos reales y evitan salirse de un relato controlado sobre aspectos de la actualidad. Los pacientes límite o esquizofrénicos carecen generalmente de una meta en la multitud de asociaciones que presentan.

Una falta de la función sintética puede ser inducida por aquellos analistas que interpretan excesivamente, no dejando al enfermo la libertad de llegar a la autocrítica por sí mismo, obligándolo a tomar un papel pasivo.

La comunicación paciente-terapeuta es un fenómeno complejo. La asociación libre está influida por una enorme combinación de sentimientos, actitudes e inhibiciones. En el fondo debe ser permitida y buscada por cualquier analista para obtener una relación profunda. Al inicio del Psicoanálisis esta situación es difícil de lograr, dado que el enfermo se concentra en sus ideas centrales y no puede movilizar su atención hacia la periferia. Podría asegurarse que la libre asociación no puede ser lograda hasta la segunda fase de la terapia. Sin embargo, esto no quiere decir que durante el primer periodo del análisis no estemos recabando información, puesto que el paciente también se comunica no verbalmente. Podemos decir que las reacciones emocionales que no están justificadas por el contenido, son las más cercanas a las fantasías inconscientes. El lenguaje es una satisfacción libidinal: oral, anal, fálica y genital de los impulsos. En el fondo es una forma de contacto con el objeto y la voz del analista tiene un significado mágico primitivo.

BIBLIOGRAFÍA

- ARISTÓTELES. *Tratado de Lógica*. Porrúa, México.
- BELLAK, L. *Free Association: Conceptual and Clinical Aspects*. Inter. J. Psychoanal. 42:9-20. 1961.
- FREUD, S. *Fräulein Elizabeth von R.*, en *Studies on Hysteria*. Standard Edition. The Hogarth Press. London, 1893-1895.
- FREUD, S. *Freud's Psychoanalytic Procedure*. Standard Edition. The Hogarth Press. London, 1904.
- GALTON. *Psychometric Experiments*. Brain. 11. 1879.
- HARTMAN, H. *Psychoanalysis and Developmental Psychology*. Psychoanalytic Study of the Child. 5. 1950.
- JONES, E. *Sigmund Freud. Life and Work*. The Hogarth Press. Vol. I. London, 1956.
- KRIS, E. *Psychoanalytic Explorations in Art*. International Universities Press. New York, 1952.
- LOCKE, J. *An Essay concerning Human Understanding*, en *Readings in the History of Psychology*. Appleton Century Crofts. 1690.
- MERLOO, J. *Free Association. Silence and the Multiple Function of Speech*. Psychoanal. Quart. 26:21-32. 1952.
- RAPAPORT, D. *Emotions and Memory*. International Universities Press. New York, 1950.
- ROSNER, S. *On the Nature of Free Association*. J. Amer. Psychoanal. A. 21: 558-575. 1973.
- STUART MILL, J. *Essays on Psychology*, en *Readings in the History of Psychology*. Appleton Century Crofts. 1841.
- ZILBOORG, G. *Some Sidelights on Free Association*. Inter. J. Psychoanal. 33: 489-495. 1952.

CAPÍTULO XXI

EL SUEÑO

1. *Una tercera parte de nuestra vida está destinada al dormir.* Esto sucede en una relación con la rotación de la tierra, de tal manera que cuando nuestro planeta se encuentra iluminado, permanecemos en vigilia. En el momento en que se presenta la oscuridad sucede el dormir.

2. *El descanso es un fenómeno general de la materia viviente.* Todas las plantas y animales manifiestan periodos de movimiento y reposo, aun en los organismos sin un sistema nervioso central desarrollado, se presenta el dormir. Si un gusano de tierra es dividido en varias porciones, cada una de ellas mostrará alternaciones de actividad a pasividad.

3. *Existen centros corticales del sueño.* El dormir que es monofásico en los animales con cerebros íntegros se convierte en polifásico en aquellos decorticados. Kleitman ha demostrado que se presentan movimientos oculares durante el sueño (REM, *rapid eye movements*). Asimismo, este autor ha observado que todas las personas sueñan. Lo que sucede es que los seres humanos pierden al despertar los recuerdos progresivamente. Los cambios electroencefalográficos han sido descritos por W. Dement.

4. *Dormir es resultado de la fatiga física y mental.* Los individuos a los que se les impide este acto, se tornan psicóticos.

5. *En el dormir existe una regresión fisiológica.* La energía sexual se retira de los objetos y el sentimiento del yo se sumerge. Los límites de esta estructura se pierden.

6. *El despertar significa el renacimiento del yo.* La parte corporal se restablece primero, pero la evidencia cuerpo-mente, no se pierde ni en el dormir más profundo.

La creencia de que los sueños tienen una significación es universal. Éstos han sido objeto de curiosidad en todos los tiempos y culturas. En general, se han interpretado los fenómenos oníricos como presagios del futuro o producidos por los dioses o demonios y recientemente, como la vía directa al inconsciente.

La interpretación de los sueños tiene una historia larga y variada, por

lo que aquí sólo nos ocuparemos de algunos de los datos principales antes del surgimiento del Psicoanálisis.

Existe evidencia de que la vida onírica fue recolectada tan pronto como el hombre adquirió el lenguaje escrito. El primer libro de los sueños es el papiro Chester Beatty que indicaba que éstos jugaban un papel trascendente en la magia, la religión y aun en las decisiones gubernamentales de los antiguos egipcios. Los 200 sueños contenidos en el papiro, son advertencias a los eventos del futuro, recomendaciones para el tratamiento de las enfermedades y prescripciones de pociones utilizables en caso de infertilidad o de impotencia.

Los hebreos seguían las mismas ideas de los egipcios, excepto que los sueños podían revelar situaciones que posiblemente sucederían en el futuro. El *Talmud* afirma que los sucesos oníricos que ocurren justo antes del despertar son los más significativos y cuando se presentan seriados, los últimos sirven para interpretar a los primeros.

Los griegos siguieron la práctica de incubar los sueños y se dice que el culto a Esculapio, poseía más de 300 templos destinados a la curación por medio del fenómeno onírico. Típicamente el paciente pasaba por una ceremonia mística de purificación, los sueños eran inducidos por medio de drogas. Los sacerdotes o los oráculos, los interpretaban al día siguiente y a partir de ellos administraban la terapia indicada.

Heráclito señalaba que los sueños demuestran nuestras intenciones de la vida despierta, que aparecen en el dormir. Demócrito los explicaba en términos de emanaciones físicas de la personalidad que penetran en el cuerpo y aparecen en la capa consciente. Platón creía que los sueños son inspirados por fuerzas divinas, pero que también liberan impulsos profundos: "En todos nosotros, aun en los hombres buenos, existe una bestia salvaje que aparece cuando dormimos."

En el siglo II, Artemidoro escribió el libro de la antigüedad más importante sobre los sueños, la *Oneirocrítica*, en el cual, en contraste con Freud, el autor creía que lo más importante para interpretarlos eran las asociaciones del onirocrítico y no las del soñante. Sin embargo, Artemidoro dio una gran importancia a los símbolos y a que los sueños deben entenderse en el contexto de los sucesos. Este autor fue asimismo capaz de darse cuenta de que los procesos oníricos recurrentes son significativos, especialmente cuando provocan emociones intensas.

Tanto los hindúes como los chinos creían que los sueños reflejaban las experiencias del alma, mientras ésta vaga por el cuerpo durante el dormir. Ambos pueblos explicaban que el espíritu al abandonar la corporeidad, alcanza el grado máximo del conocimiento. Esta idea continúa vigente entre ciertas sectas yoga.

La Edad Media aportó escasos avances hacia el entendimiento del material onírico y simplemente reiteró los temas religioso y moral. Los escritores cristianos creían que algunos sueños eran proféticos o inspirados por la naturaleza divina. Un ejemplo de lo anterior lo sería Santo Tomás de Aquino, quien distinguía entre los sueños de naturaleza eterna y los mensajes del demonio. La misma situación es observable en Lutero y Calvino.

La asociación de lo onírico con la superstición provocó que desde el Renacimiento hasta el siglo XIX se abandonara el campo del estudio de los sueños. Sin embargo, algunos de los filósofos racionalistas o de la escuela inglesa asociacionista, desarrollaron ideas que indirectamente llevaron al punto de vista moderno.

El psiquiatra alemán Griesinger (1845) fue el primero que insistió en que los sueños constituían una realización de deseos, el párrafo en el que aparecía lo anterior dice así: "El sueño concede al sujeto atormentado por sufrimientos físicos y morales, aquello que la realidad le niega—bienestar y dicha—, del mismo modo que surgen en los enfermos mentales las imágenes de felicidad."

Al mismo tiempo que se publicaban las ideas del psiquiatra alemán, experimentos sobre la psicología y fisiología de los sueños eran llevados a cabo por Alfred Maury (1857), quien observó que algunos estímulos: luces brillantes y sensaciones del tacto, pueden ser evocadas en el contenido onírico. Havelock Ellis (1899) investigó la influencia somática en los sueños y sugirió que los elementos presentes en ellos eran interpretables a través de simbolismos ancestrales.

No obstante lo anterior, la *Interpretación de los sueños* de Sigmund Freud (1900) constituye hasta la fecha la máxima aportación en este terreno. Sin embargo, el volumen fue casi ignorado por la mayoría de los médicos de la época. De la primera edición que constó de 600 ejemplares después de dos años, solamente se habían vendido 360.

Del extenso estudio que Freud hizo de sus propios sueños y de los de algunos de sus pacientes, las ideas sobresalientes pueden resumirse como sigue: se producen en el dormir, siendo por lo tanto una manifestación de la vida psíquica durante el reposo, vida que aunque se asemeja a la vigilia, ofrece marcadas diferencias con ella. Otro aspecto es que los sueños aparecen predominantemente en forma de imágenes visuales, acompañados a veces de sentimientos, ideas, impresiones y en raras ocasiones con contenidos verbales. El fragmento de movimiento mental representado por los sueños dispone de un repertorio fantástico y es apto para recrear lo que el pensamiento produce en su actividad diurna, aunque las representaciones son diferentes de las que suceden durante la vida despierta.

Freud piensa que el fenómeno onírico no debe ser considerado como parte de un estado de tranquilidad, sino como una manifestación de actividad que perturbaría el descanso. Para el creador del Psicoanálisis, los sueños alteran el reposo, al igual que la excitación que podría provenir del exterior o la inquietud cenestésica procedente de los órganos internos.

De acuerdo con Freud, el sueño presenta la particularidad de no producir fielmente el estímulo, sino que lo elabora, lo transforma y lo designa por una alusión o lo incluye en un conjunto determinado. El interrogatorio de los durmientes acerca del significado que puede atribuirse a los sueños, procedimiento auxiliar y que el autor describe minuciosamente ilustrándolo con ejemplos, nos conduce definitivamente al hallazgo del inconsciente. Sin embargo, para ello habrá que vencer a la "censura" que no sólo actúa sobre la deformación onírica, sino también sobre el sujeto despierto; es por ello que todos los sueños aparecen deformados o mutilados en determinados pasajes, debido a que en ellos se representan situaciones que no nos atrevemos a pensar en la vida despierta.

Según Freud, lo que recordamos del sueño se denomina contenido manifiesto. Los pensamientos que surgen de este contenido, son los que llamamos latentes. Denominamos elaboración del proceso onírico, a la conversión en imágenes de los pensamientos latentes. Se dice que las aberraciones que sufren estos últimos al aparecer en el contenido manifiesto son las deformaciones del sueño.

La condensación en la elaboración hace que varios pensamientos del contenido latente aparezcan representados por un solo elemento del contenido manifiesto. Opuesto a la condensación es el desdoblamiento; una persona o un objeto de los pensamientos latentes corresponden a dos o más elementos en el contenido manifiesto. El desplazamiento es la deformación que sufren las ideas latentes. Cuando un elemento manifiesto está relacionado con cierta constancia en el contenido reprimido se denomina símbolo.

Según Freud, los sueños son una satisfacción de deseos inconscientes. Ni los de angustia, ni tampoco los masoquistas que significan un castigo, se oponen teóricamente a la concepción psicoanalítica. Sin embargo, existe un tipo de sueños que parecen ser una excepción: son aquellos provenientes de las neurosis traumáticas. Cuando una persona recibe un choque intenso, sus sueños son una representación monótona de las sensaciones desagradables experimentadas en el momento del trauma.

Con frecuencia se observa en el proceso onírico, la presencia de vivencias desagradables olvidadas que ocurrieron en la infancia del sujeto y que tuvieron un influjo traumático en su evolución psíquica. Freud, para explicar tales situaciones introdujo una modificación en la teoría de la

satisfacción de deseos, afirmando que el sueño es una tentativa de esta gratificación.

La exposición de la teoría topográfica del fenómeno onírico por Freud, puede ser encontrada en el capítulo VII de la *Interpretación de los sueños*, así como en un *Suplemento metapsicológico de la teoría de los sueños* (1917). A continuación trataré de resumirla:

El dormir está caracterizado por una decatexis del aparato mental y, por lo tanto, sucede durante el reposo. Esto ocurre debido al deseo de dormir por parte del sistema cs (consciente) y pcs (preconsciente). Sin embargo, puesto que una parte del sistema ics (inconsciente), que denominamos reprimida, no tiene acceso al sistema pcs y por lo tanto no se encuentra bajo su influencia; las energías provenientes de dicha represión, permanecen activas y retienen sus catexis. Asimismo, se podría decir que ciertos contenidos del sistema pcs no se hallan completamente en reposo, tales son: aquellas situaciones que nos preocupan durante el día (restos diurnos) o bien algunos pensamientos no terminados o abandonados. Dado que las energías mentales presionan para su descarga amenazando despertar al durmiente, los sueños constituyen el único procedimiento para mantener el reposo.

Las energías mentales del sistema ics forman el contenido latente del durmiente. Estas cargas que darán lugar al sueño se mueven hacia las trazas de memoria del sistema inconsciente hasta que forman representaciones visuales. El resultado será la hipercatexis que se constituye en el contenido manifiesto del fenómeno onírico que el soñante toma por real, puesto que estamos acostumbrados a creer en la objetividad de las impresiones sensoriales cuando llegan a la conciencia.

Para Freud el objeto de la interpretación de los sueños es penetrar más allá del contenido manifiesto, hasta el latente y a través de él, descubrir los impulsos y deseos inconscientes. La técnica básica para ello como en otras fases del análisis es la libre asociación, es decir, el paciente aporta su sueño y marca a continuación cualquier idea que surja en su pensamiento. Este proceso, así como los símbolos universales, darán luz al significado onírico.

Arlow y Brenner (1964) han intentado aplicar la teoría estructural al fenómeno de los sueños. Estos autores basan la superioridad de la aplicación de los conceptos estructurales en: 1. La convicción del soñante de que lo que ocurrió al dormir fue real; 2. La presencia del castigo en el contenido onírico; 3. La aparición de la censura, y 4. La evidencia de la regresión.

Ambos autores piensan que el principio del funcionamiento múltiple expuesto por Waelder, explica que las energías del *ello*, presionan para

su descarga y activan aspectos del *yo* y del *superyo*, que a su vez oponen contracatexis en contra de las energías de estas estructuras, lo cual indica que aun en el sueño profundo se inicia el proceso debido a que ciertas partes permanecen activas.

En la opinión de Garma (1948), la situación traumática aparece siempre en el proceso onírico y resulta un factor fundamental en su génesis. De acuerdo con las estadísticas de Weed y Haller (citados por Freud), 58% de los sueños en los adultos son desagradables. Daría la impresión que éstos son atraídos hacia lo insatisfactorio o penoso. Las conclusiones de Garma son: 1. El sueño parte de una o varias situaciones desagradables que el sujeto es incapaz de dominar y elaborar de un modo normal y siguiendo a Freud pueden ser llamadas situaciones traumáticas; 2. El proceso onírico es una tentativa generalmente eficaz de vencer el desagrado psíquico, originado por las condiciones anteriores; 3. La tentativa de vencer el desagrado mental, se efectúa mediante la satisfacción del deseo, y 4. Por lo tanto, el aspecto alucinatorio del sueño se debe al influjo de las situaciones traumáticas y no al deseo que se satisface.

En un estudio estadístico sobre 10 mil procesos oníricos llevado a cabo por Calvin Hall (1951) se demuestra: 1. El lugar en que suceden los sueños son: 24% ocurren en edificios, 13% en automóviles, 11% en sitios de recreo, 9% en áreas rurales, 9% en tiendas, 4% en clases, 4% en oficinas y 14% misceláneos (restaurantes, bares, campos de batalla, hospitales, iglesias, etcétera). Resulta extraño que el ámbito donde más tiempo permanece el ser humano, o sea su trabajo aparezca tan poco frecuentemente en los sueños.

En lo que respecta a los caracteres que aparecen en ellos, el 43% son extraños al soñante, 37% fueron conocidos, 19% miembros de la familia y 1% figuras prominentes. Esto último pudiera ser debido a que los sueños están raramente relacionados con los eventos corrientes.

En cuanto a los actos desarrollados se encontró que contra lo que se esperaba, los de caer y de flotar no son tan comunes. De los movimientos, el andar, correr, etcétera, representan el 34% de los procesos oníricos, el hablar sucede en 11%, pelear en 3%. Se puede observar que una actitud pasiva ocupa la mayoría de los sueños.

La interacción que se opera con los personajes que aparecen es la siguiente: los actos hostiles son más frecuentes (448 contra 188). Entre los agresivos el asesinato se observa en 2%, ataque físico en 28%, denuncia en 27%. Según la emoción que se presenta: 40% denotan aprehensión, 18% enfado y 6% tristeza. Se llega a la conclusión que el 64% de los sueños contienen afectos negativos o insatisfactorios.

Freud describe varios sueños típicos: 1. Desnudez que concluye que se

deben a motivos exhibicionistas; 2. De muerte de personas queridas, los cuales se producen como resultado de la situación edípica que es descrita en la *Interpretación de los sueños* de 1900 por vez primera; 3. Los de examen, probablemente ocasionados por el temor a la castración, y 4. Los de volar, que pueden significar erección.

En el tomo segundo de la obra, Freud agrega otros dos: a) Aquellos en que perdemos un tren, interpretable en la misma forma que el de examen, y b) El de la extracción dentaria ocasionado por el temor a la castración.

Se puede decir en general, que los sueños son un barómetro de la relación del *yo* con el *ello* y del balanceo de las fuerzas de expresión con la represión.

¿Cuándo se traduce un sueño? En las primeras sesiones las interpretaciones deben ser adaptadas a las circunstancias del *yo*. Después de un periodo de tiempo al poseer los elementos suficientes para explicarlo y al conocer la dinámica básica de un paciente, la interpretación puede hacerse inmediatamente que el sueño haya sido relatado.

El método clásico sigue siendo el más utilizado. Se fragmenta el sueño en sus elementos y se asocia con cada uno de ellos. Los siguientes puntos de vista pueden resultar útiles: 1. Si el enfermo trae varios sueños, comenzar por el más claro; pero la meta será entender el más reciente, que en general suele ser el más difícil y en donde se encuentra la mayor resistencia y represión; 2. Son preferibles los que aparecen en el sueño profundo, pues los hipnagógicos tienen mayor elaboración, y 3. Cuando sea claro solamente debe preguntarse acerca de los elementos oscuros.

Según Klauber (1967) no se ha dado una explicación general sobre la razón por la cual los pacientes reportan sus sueños en análisis. En 1913 Ferenczi afirmó que las personas cuentan sus fenómenos oníricos, a las gentes que aparecen en su contenido. Si esto es cierto, los sueños relatados en terapia se refieren al psicoanalista.

Nada muestra tan claramente los cambios psicodinámicos como los sueños. Recientemente la actuación del *yo* en el proceso onírico ha recibido mayor reconocimiento. Erikson (1954) ha hecho énfasis en la presencia de la situación total del soñante en el contenido manifiesto.

Se llama pesadilla a un sueño acompañado de intensa angustia que es recordado al despertar. La explicación más común es que son un intento de extraer un impulso de nuestro sistema. Sin embargo, esta solución no funciona, puesto que desencadenamos nuevamente la emoción cuando carecemos de defensas para detenerlas. Un buen número de pesadillas podrían ser explicadas a través del masoquismo. La teoría nos hablaría de autocastigo y sentimientos de culpa.

E. Jones (1949) nos habla del origen de la palabra, que significa peso en el pecho. Asimismo, este autor ha realizado un estudio profundo sobre los principales personajes simbólicos que aparecen en las pesadillas: vampiros, diablos, brujas, incubos, etcétera. Charles Fisher (1970) ha demostrado contra lo que era de esperar, que no existen alteraciones respiratorias o cardíacas durante la pesadilla. El sudor no se presentó en la mayoría de los casos.

Los conos de la retina maduran hasta el cuarto mes de vida. Los niños reaccionan al color a partir de este momento. Todas las sensaciones de tonos se obtienen a partir de la recepción por tres tipos de conos: rojo, verde y violeta. La estimulación de los tres da lugar al blanco, la ausencia de activación produce el negro. Si tomamos en cuenta estos colores, todos los sueños tendrán matices diferentes, sin embargo, la aparición de otras tonalidades es lo que ha condicionado la diferenciación entre los sueños con color.

En las estadísticas se encuentra que éstos representan el 18% de la totalidad. Existen varias teorías para explicarlos: 1. Linn y Calef (1954) piensan que los sueños en color demuestran la evidencia de la función del *superyo*; 2. Garma (1961) afirma que en todos ellos, existen aspectos anales, y 3. Existiría una analogía entre los sueños en colores y la presencia de memorias pantalla o la impresión de determinados colores por factores traumáticos. Ciertos pintores tienen predilección por tonos determinados.

La experiencia con ciegos enseñó a R. Blank (1958) que los carentes de este sentido, no tienen sueños visuales. Esta idea descartaría la presencia del inconsciente colectivo. Según este autor, para la aparición de las imágenes visuales en los sueños, la edad de los cinco a los siete años es crítica, pues antes de ella, las representaciones se desvanecen.

Si el sueño es la vía ideal para esclarecer las resistencias, lo es también para iluminar la transferencia; ellos nos revelan la concepción que hacemos del analista. Rosenbaum (1965) pide a los terapeutas cuidado al interpretar el material onírico, pues éste habla casi siempre de un problema en la comunicación paciente-analista.

Simbólicamente el consultorio puede ser transformado en sala de cirugía, prisión, museo, cuarto de baño, tierra en donde se pronuncian lenguas extrañas. El psicoanalista es materializado como: maestro, padre, oficial, espía, conductor de todo tipo de vehículos, presidente, etcétera.

Resulta curioso que el primer sueño que fue interpretado correspondiera a un aspecto contratransferencial. Freud relataba a través de Irma su relación con esta paciente. De cincuenta sueños que aparecen en la *Interpretación de los sueños*, tres son de contratransferencia. Tauber (1954) y

Tower (1956) han escrito trabajos en los cuales relataban sus propios materiales oníricos a sus enfermos, con el objeto de superar conflictos terapéuticos. Whitman (1968) ha prevenido contra esta técnica a la que considera irracional.

Jung (1928) ha aportado algunas ideas a la interpretación de los sueños. Se puede decir que es el introductor de la teoría de que los sueños deben ser integrados al contexto de la sesión. Asimismo tiende a clasificar los fenómenos oníricos en menores y mayores. Los primeros serían de poca trascendencia y estarán condicionados por los eventos diarios. Los mayores, son los sueños recordados a lo largo del tiempo y se deben a los arquetipos, que surgen como resultado del inconsciente colectivo.

Una aportación interesante de Jung, es la de estudiar los sueños dividiendo la narración en la siguiente forma: a) Lugar en que sucede, ejemplo: estaba en la calle; b) Protagonistas: estaba en la calle con mi madre y un amigo; c) Desarrollo de la trama: estaba en la calle con mi madre y un amigo y súbitamente se presentó un individuo con un cuchillo y entabló una lucha; d) Culminación: fui herido en el pecho y desperté, estando paralizado; e) Solución: mi amigo hizo huir al individuo.

Stekel (1925) dio un gran énfasis a la interpretación de los sueños, llegando a pensar que el primero presentado por el paciente, era un resumen de su problema y una anticipación al curso de la terapia. Podría decirse que desarrolló un catálogo de símbolos, que le permitían descifrar un sueño desde que era enunciado. Erik Fromm (1951) cree que el material onírico puede presentar una solución en los problemas de los enfermos y que debe indicar un elemento pronóstico.

Concluimos que a través de los sueños podemos recapturar las memorias perdidas que han sido reprimidas en el inconsciente, que éstos no obedecen las leyes de la realidad y que constituyen la vía directa para el conocimiento del inconsciente.

BIBLIOGRAFÍA

- ALTMAN, L. *The Dream in Psychoanalysis*. International Universities Press. New York, 1969.
- ARLOW, J. y BRENNER, CH. *Psychoanalytic Concepts and the Structural Theory*. International Universities Press. New York, 1964.
- BLANK, R. *Dreams of the Blind*. Psychoanal. Quart. 27:158-174. 1958.
- CALEF, V. *Color in Dreams*. J. Amer. Psychoanal. A. 2:453-461. 1954.
- ELLIS, H. *The Stuff that Dreams are made off*. Science Monthly. 54. 1899.
- ERIKSON, E. *The Dream Specimen of Psychoanalysis*. J. Amer. Psychoanal. A. 2:5-56. 1954.

- FERENCZI, S. *To Whom does one Relate ones Dreams*, en *Selected Papers*. Basic Books. Vol. II. New York, 1913.
- FISHER, CH., BYRNE, J., EDWARDS, A. y KAHN, E. *Psychophysiological Study of Nightmares*. J. Amer. Psychoanal. A. 18:747-782. 1970.
- FREUD, S. *The Interpretation of Dreams*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vols. V y VI. London, 1900.
- FREUD, S. *A Metapsychological Supplement to the Theory of Dreams*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. XIV. London, 1917.
- FROMM, E. *The Forgotten Language*. Rinehart. Chicago, 1951.
- GARMA, A. *Psicoanálisis de los sueños*. Nova. Buenos Aires, 1948.
- GARMA, A. *Colour in Dreams*. Inter. J. Psychoanal. 42:556-559. 1961.
- GOLDENSON, R. *The Encyclopedia of Human Behavior*. Doubleday. Vol. I. New York, 1970.
- GRIESINGER, W. *Mental Pathology and Therapeutics*, en *The Development of Traditional Psychopathology*. Altschule, M. Halsted Press Book. 1974.
- HALL, C. *What People Dream about*. Scientific American. May, 1951.
- JONES, E. *On the Nightmare*. The Hogarth Press. London, 1949.
- JUNG, C. *The Structure and Dynamics of the Psyque*. Collected Papers. Bollingen Series. Vol. VIII. London, 1928.
- KLAUBER, J. *On the Significance of Reporting Dreams in Psychoanalysis*. Inter. J. Psychoanal. 48:424-432. 1967.
- KLEITMAN, N. *Patterns of Dreaming*. Scientific American. Nov., 1960.
- KLEITMAN, N. *Sleep*. Scientific American. Nov., 1952.
- LINN, L. *Color in Dreams*. J. Amer. Psychoanal. A. 2:462-465. 1954.
- MAURY, A. *De certains faits observes dans les reves*. Ann. Med. Psychologiques. 3:157-180. 1857.
- ROSENBAUM, M. *Dreams in which the Analysts appear Undisguised: A Clinical and Statistical Study*. Inter. J. Psychoanal. 46:429-437. 1965.
- SAUL, L. *Technique and Practice of Psychoanalysis*. Lippincott. Philadelphia, 1958.
- STEKEL, W. *The Interpretation of Dreams: New Developments and Techniques*. Liveright. New York, 1943.
- TAUBER, S. *Exploring the Therapeutic Use of Countertransference Data*. Psychiatry. 17:331-336. 1954.
- TOWER, L. *Countertransference*. J. Amer. Psychoanal. A. 4:224-255. 1956.
- WHITE, R. *The Abnormal Personality*. Donald. New York, 1954.
- WHITMAN, R., KRAMER, M. y BALDRIDGE, B. *Dreams about the Patient: An Approach to the Problem of Countertransference*. J. Amer. Psychoanal. A. 17:702-727. 1968.

CAPÍTULO XXII

LOS MECANISMOS DE DEFENSA

El término defensa deriva de un corto ensayo en los escritos de Freud intitulado *Las neuropsicosis de defensa*, publicado en 1894. En esta monografía aparecen algunos de los temas que constituyen la base de la teoría psicoanalítica sobre los procesos defensivos. El médico vienés introduce aquí la noción de que ciertas alteraciones del funcionamiento mental normal pueden ser causadas por una idea, percepción o memoria, que da lugar a un afecto alarmante y provoca que éste sea extirpado de la conciencia y olvidado en el inconsciente.

Freud parece tener dudas de si el intento de lo consciente por evitar un pensamiento pueda ser patológico, puesto que la alteración surge debido a que la energía conectada con la idea posiblemente dolorosa, ha sido reprimida por medio del acto defensivo.

Sin embargo, el psicoanalista se atreve a afirmar que la actividad no puede disolverse sin dejar trazas y si la suma de excitaciones es lo suficientemente fuerte, ella aparecerá desplazada en un síntoma. Por lo tanto, en esta época tan temprana del desarrollo del Psicoanálisis, Freud asegura que los contenidos mentales son reprimidos, porque desarrollan afectos dolorosos. No obstante, el modelo de la mente que se utilizaba en aquel tiempo no explicaba los conflictos intrapsíquicos, pues solamente contaba con: consciente, preconsciente e inconsciente; que eran más que nada cualidades mentales. Es decir, cualquier antagonismo era el resultado de una oposición del inconsciente con el preconsciente, al cual se le añade el consciente, existiendo la censura entre estos dos últimos.

En 1923 hace su aparición la estructura de la mente y a partir de este momento, la teoría de los procesos defensivos queda afianzada, puesto que los conflictos intrapsíquicos pueden ser fácilmente identificados. El antagonismo ahora no sólo implica al *yo* y al *ello*, sino al *superyo*, y esta tercera estructura puede en muchos casos adquirir la máxima significación. Sin embargo, debemos asumir que los procesos defensivos parten del *yo*

y de su porción inconsciente. Todos ellos poseen una consecuencia que les es común, un contenido mental es auxiliado para que no penetre en la conciencia en su forma original, o sea debe sufrir ciertas alteraciones para introducirse en ella.

Hasta la fecha actual, continúa siendo debatida la cuestión de si el término mecanismo puede ser sustituido por el de dinamismo como proponía Sullivan (1953).

El primer vocablo implicaría partes estáticas que actúan de una manera específica, en tanto que dinamismo implica una fuerza que opera en una dirección en movimiento rápido. Como ha hecho notar Schafer (1968), la palabra mecanismo es definida como una estructura o adaptación mutua de partes, o bien, un sistema de fragmentos ajustados entre sí. Por lo tanto, esta nomenclatura nos sugiere un arreglo fijo o un desarrollo automático, lo cual al ser aplicado a los procesos mentales, tiene una implicación desafortunada.

A través de los años, Freud avanzó algunas hipótesis acerca de los varios tipos de defensas. Todas ellas aparecen deslabazadas y nunca coordinadas entre sí en la obra del psicoanalista. Sin embargo, podemos afirmar que el creador de una nueva teoría de la mente conocía: la represión, la regresión, la formación reactiva, el aislamiento, la anulación, la proyección, introyección, el desplazamiento y dos formas de negación. Algunas de ellas son estudiadas en detalle, pero se mantienen como mecanismos aislados y no contienen proposiciones implícitas en cuanto a su participación en grupo.

De tal manera, que cuando Ana Freud publica *El yo y sus mecanismos de defensa* (1936), en el cumpleaños 80 de la vida de su padre, las defensas son por primera vez codificadas y sistematizadas. No obstante lo anterior, Sigmund Freud (1938) piensa que el nuevo campo está aún en sus inicios y que queda mucho por descubrir.

Como afirma Schafer (1954), "resulta obvio, por lo tanto, que no debemos pensar en términos de un número finito de procesos defensivos. En el material clínico encontramos una variedad enorme de operaciones, que abarcan desde aquellas que son extensas, hasta el punto de englobar la configuración total de la personalidad (como la regresión), a otras que actúan en una escala menor circunscrita y aun transitoriamente (por ejemplo, olvidar un nombre sintomáticamente).

Por otra parte, la categoría de las defensas, refleja exclusivamente la orientación clínica de quien las conceptualiza desde el punto de vista teórico y su orientación práctica. Es por ello que no puede existir una lista completa o correcta".

El catálogo presentado por A. Freud incluía a: la regresión, represión,

formación reactiva, el aislamiento, la anulación, la proyección, identificación, identificación con el agresor y el hacer o deshacer. La racionalización aparece por primera vez sistematizada por E. Glover (1949), aunque había sido insinuada con anterioridad por la misma A. Freud en la forma de intelectualización.

Las hipótesis psicoanalíticas que conciernen a los periodos del desarrollo mental, durante los cuales emergen los procesos defensivos no ha sido consolidada, tal vez una de las razones para que suceda lo anterior, reside en los múltiples factores individuales y segundo, a la dificultad que encontramos para fijar un modelo determinado en un periodo conocido. Por otra parte, los elementos de defensa sólo pueden ser observados directamente cuando el niño posee un lenguaje y aquellos mecanismos arcaicos que inferimos, detentan características vagas de reconstrucciones, realizadas por medio de reflexiones teóricas.

De todas maneras podemos afirmar que los procesos defensivos que funcionan en el primer año de la vida deben ser considerados precursores de los posteriores. Los más tempranos incluirán: la *introyección*, la *proyección*, la *negación* y la *regresión*.

El primer juicio del *yo* es la distinción entre el objeto comestible y el que no lo es. La primera aceptación surge al tragar los alimentos y el primer rechazo al escupirlos.

La *introyección* es un derivado de la primera y la *proyección* de la segunda. En los inicios de la vida, todo lo placentero es experimentado como que pertenece al *yo*, lo que puede deglutirse; en tanto que lo doloroso o padecible, deberá ser rechazado afuera.

Originalmente la *introyección* es un proceso oral que busca la satisfacción valiéndose de la boca. Posteriormente los objetos son incorporados y sirven para obtener el sentimiento omnipotente, aunque el mecanismo se emplee para destruir la existencia independiente de una persona en el mundo externo.

Cabría señalar aquí, la diferencia que existe entre la *introyección* y el proceso que tiene lugar posteriormente y que debemos denominar *identificación*. Este último es un estado que se alcanza al introyectar un objeto inconscientemente por medio de la imitación.

La *proyección* que se inicia como un método primitivo para extirpar el dolor, atribuyendo los estímulos displacenteros al mundo externo, comienza a operar casi al inicio de la vida. En el fondo, se podría pensar que es una especie de *introyección* al revés, en lugar de que el *yo* adquiriera las características del objeto, es el ambiente quien es percibido como poseyendo estas peculiaridades. Se puede decir que aunque el proceso funciona en la infancia al unísono con el *yo*, posteriormente es capaz de transfor-

marse y apropiarse de esta estructura, actuando en relación con una pérdida total del sentido de la realidad como sucede en la paranoia.

Otro proceso defensivo extraordinariamente primitivo es la *negación*, que puede resultar casi tan arcaico como el sentimiento de dolor. La habilidad para excluir las partes molestas del mundo externo, se inicia con el movimiento de cerrar los ojos frente a determinados objetos. Como la *proyección*, el mecanismo de negar, resulta tan normal en la fase inicial del desarrollo, pero si se recurre a él excesivamente en la edad adulta, puede indicarnos una enfermedad mental acentuada. La *negación* y la realidad son incompatibles, de tal manera que cuando la percepción y la memoria se desarrollan, la exclusión de los objetos displacenteros se vuelve innecesaria.

El cuarto mecanismo observable durante las fases iniciales del avance psicosexual, es el hecho de que el progreso nunca se alcanza completamente, características de los niveles anteriores persisten y denominamos *regresión* al retorno del *yo*, a una circunstancia previa. En realidad este proceso puede ser un deseo de reintegrarse a una situación primitiva para experimentar un ambiente libre de amenazas o tentaciones. También revela, desde el punto de vista patológico, una dificultad de comunicación como se observa en los esquizofrénicos que regresan al pensamiento infantil ante un mundo peligroso.

El término *represión* fue el primer proceso defensivo descubierto por Freud y su origen proviene de 1894 cuando era utilizado como un sinónimo del concepto general de defensa. Sin embargo, hoy en día, debemos incluirlo como uno más de los mecanismos con los cuales el *yo* lucha en contra de las ideas y emociones dolorosas. Incluye el manejo de material que fue consciente, pertenecía al *yo* y fue empujado afuera de este sistema, hacia el inconsciente. La *represión* puede operar desde la infancia, pero para ello requiere la diferenciación del *yo* con el *ello*. A. Freud afirma que teóricamente la función represiva necesita de un conjunto de defensas en su proceso, ya que domina la mayoría de los impulsos. Al mismo tiempo que se constituye en el mecanismo más efectivo, puede ser el más peligroso y esta autora afirma: "La disociación del *yo* al separar de la conciencia a los instintos y la vida afectiva, puede destruir la personalidad. Es por ello que la *represión* se transforma en la base de la formación de los síntomas y de la neurosis."

El *aislamiento del afecto* es un proceso por medio del cual, las memorias y las impresiones desagradables son privadas de su conexión emocional. Las contracatexis operan para guardar fuera los afectos del pensamiento. Podría decirse que el *aislamiento* es una hipertrofia del uso de las ideas lógicas, eliminando sus asociaciones emocionales, en el in-

terés de la denominada objetividad o el sentido común. La ambivalencia es marcada por los sentimientos contradictorios dirigidos hacia una persona, o bien las impresiones de amor y de odio, pueden ser enviadas hacia dos personas diferentes.

La *formación reactiva* se refiere en esencia al desarrollo de actitudes socializadas por parte del *yo*, que son opuestas a los deseos reprimidos en el inconsciente. Aunque puede ser clasificada como una forma especial de represión, la *formación reactiva* difiere de ella en que actúa de una manera total. Por ejemplo, podemos observar un exceso de limpieza por parte de una persona, cuando en el inconsciente se está luchando en contra de la suciedad y el desorden.

La *anulación* es un proceso a través del cual un acto positivo se realiza en oposición de algo que fue efectuado anteriormente. Esto puede ocurrir mágicamente. El ejemplo más típico descrito por Freud fue la compulsión a la repetición.

El término *desplazamiento* es usado con dos significados. El primero en el sentido general, es un cambio de la energía instintiva en una senda de descarga hacia otra diferente, sin que exista obstáculo alguno en el camino. Es decir, las emociones que debían ser dirigidas hacia un objeto, son transferidas a otro.

La *racionalización* es una forma de ligar los procesos instintivos con el contenido ideativo, para hacerlos accesibles a la conciencia y que puedan ser controlados. Este mecanismo se basa en el incremento efectivo de la función intelectual. En general, se usa un argumento aparentemente lógico y favorable para uno, pero que en el fondo es falso. Es por ello, que la *racionalización* no se orienta hacia la realidad, sino que sirve de defensa en contra del instinto.

La *sublimación* es una defensa que de acuerdo con Freud resulta efectiva con la culminación del conflicto edípico. Por medio de ella, el *yo* cambia la dirección u objeto (o ambos) del impulso que parte del *ello*, sin bloquear su descarga. En contraste con la mayoría de las defensas que no tienen éxito, la *sublimación* utiliza contracatexis que provocan el crecimiento del *yo*; aunque el impulso original se desvanece debido a que su energía es retirada en favor de una catexis o su sustitución. La fuerza defensiva del *yo* se unifica con el instinto en un proceso que podríamos denominar, siguiendo a Hartman, desexualización.

A. Freud ha agregado a todas las anteriores tres defensas propias de la adolescencia, que son: la intelectualización, es en el fondo una derivación de la racionalización, el ascetismo y la creatividad, los cuales en lo profundo no pueden ser considerados como procesos defensivos, puesto que son estados totales del *yo* y no funciones específicas y determinadas.

La *identificación con el agresor* definida por Ana Freud como una maniobra defensiva y luego un retroceso, resulta más que nada una forma de imitación inconsciente y que no debe ser considerada en todos los casos como defensiva, dada su imprecisión.

Otros procesos utilizados por diversos autores como defensivos, aunque posean esa característica de servir de baluartes al *yo*, son mecanismos poco exactos, fragmentarios o confusos, o bien abarcan demasiados elementos generales. Tales son la fantasía, la inhibición o el aislamiento global, con lo cual se complican y multiplican los mecanismos sin razón de ser.

Por otra parte Hoffer (1954) ha descrito elementos saludables en los procesos defensivos y afirma: "éstos tienen dos aspectos; uno relacionado con la patología o indican una neurosis como el *desplazamiento* en las fobias o la *proyección* en el síndrome de persecución: el otro aspecto nos demuestra que en un cierto sentido el mecanismo es indispensable en el funcionamiento mental para el mismo paciente, ya sea concebido como patológico o normal".

A continuación este autor nos hace ver que la *introyección* ayuda a construir el *yo*; la *proyección* impide su destrucción; la *formación reactiva* estabiliza la estructura y la *sublimación* la enriquece.

Concluyendo, podemos decir que el término proceso defensivo es de una enorme utilidad clínica y por ello debe permanecer en el esquema teórico del Psicoanálisis aunque como afirma Sjöback (1973): "Merece una mayor claridad por parte de sus seguidores."

LA RESISTENCIA

La palabra quiere decir oposición y aunque existe una liga íntima entre la resistencia y los mecanismos de defensa, debe subrayarse aquí que estos dos procesos psíquicos no son sinónimos, pues mientras los elementos defensivos son una parte integral de la estructura psicológica de un individuo; las resistencias representan los intentos que realiza un paciente para proteger el estado mental previo durante su análisis. Podría decirse que en las resistencias se representan las barreras que opone el enfermo, frente a la amenaza que implica el tratamiento. Como ha expresado Greenson (1967) son: "Todas las fuerzas dentro de un paciente que se oponen al procedimiento del Psicoanálisis, e impiden la asociación libre e interfieren con los intentos para recordar, ganar y asimilar autocrítica."

En 1926 al escribir *Inhibición, síntoma y angustia*, Freud descubrió cinco formas de resistencia fundamentales, a las que clasificó de acuerdo

con la fuente de la que partían en: 1. La resistencia producida por la represión y que procede de las defensas del yo. Desde el punto de vista clínico, el individuo tiene que detener sus impulsos, memorias o sentimientos para que no alcancen la consciencia; 2. La resistencia a la transferencia, que aunque parecida a la anterior, toma a la figura del psicoanalista para que la situación infantil no emerja; 3. La resistencia que se deriva de la ganancia de la enfermedad en la cual aunque un síntoma puede ser sentido como un proceso indeseable, éste resulta asimilado a la organización psicológica total y obtiene ventaja del mismo; 4. La resistencia que proviene del *ello* y que parte de la situación de los instintos que han seguido ciertas formas de descarga durante décadas y que deben ser canalizadas en otras direcciones por medio del análisis, y 5. La resistencia del *superyo* que proviene habitualmente del sentimiento de culpa y la necesidad del enfermo de obtener castigo.

Ralph Greenson (1967) ha señalado una serie de resistencias que ha clasificado clínicamente de la siguiente manera:

1. *El paciente se muestra silencioso.* Constituye la forma más común de oposición en la práctica analítica y significa que consciente o inconscientemente, se quiere evitar la comunicación de los pensamientos o emociones al terapeuta. Una variante de la anterior sucede cuando el enfermo no siente deseos de hablar.

2. *La falta de afecto* indicando resistencia. En estos casos se observa que lo informado verbalmente, no se relaciona con las emociones que se experimentan inconscientemente.

3. *La postura resistente.* Consiste en general en una rigidez, pues una misma posición es mantenida sesión tras sesión.

4. *Fijación en el tiempo.* Cuando se habla libremente, los pacientes oscilan del presente al pasado. Si uno de estos aspectos temporales es evitado podemos concluir que una resistencia está operando.

5. *Exceso de eventos triviales.* Esta forma de resistencia la observamos cuando los enfermos expresan representaciones superficiales e insignificantes a lo largo de un periodo de tiempo. Kohut (1957) ha señalado que una falta de introspección es indicativa de una resistencia profunda.

6. *Evitar ciertos tópicos.* Los tres temas más frecuentemente abolidos son: el sexual, el agresivo y la transferencia.

7. Cabría aquí añadir a los que delinea Greenson a este respecto, el uso exagerado del *lenguaje técnico*, con el objeto de eludir la comunicación natural.

8. También debe mencionarse el uso de *palabras o expresiones extranjeras*, pues ello indica que el paciente y su terapeuta poseen un idioma especial (Tarachow, 1963).

9. *Faltas y llegadas tarde frecuentes y olvidos en el pago.* Todos estos elementos estarán avisando un problema transferencial.

10. *La falta o el exceso de sueños.* En ambos casos ya sea por escasez o desproporción una resistencia estará interviniendo.

11. *El enfermo está aburrido.* Es un hecho que aquí se está evitando hablar de los impulsos o de las fantasías.

12. *Se posee un secreto* que no se quiere comunicar. En estos casos el terapeuta no debe coaccionar, sino esperar a que surjan las asociaciones alrededor del deseo oculto.

13. *Frecuencia de sesiones aparentemente alegres.* El tratamiento es un trabajo serio y por supuesto no todas las horas deberían ser deprimidas o felices.

14. *El paciente no se modifica.* A veces el analista trabaja bien y debería obtener un cierto éxito. Sin embargo, se observan pocos cambios en la sintomatología o conducta. Es posible que una resistencia esté operando para sabotear el resultado.

15. *Discusiones frecuentes.* Debo añadir aquí esta última que se presenta en algunos obsesivos severos y que consiste en objetar cualquier interpretación (Guarner, 1977).

16. *Uso de expresiones estereotipadas.* Una frase popular o común puede ser utilizada para provocar un impacto en el terapeuta y por medio de este "cliché", evitar el análisis de un sentimiento más profundo.

Debemos considerar que cualquier elemento que interrumpe la marcha de la terapia constituye una resistencia. Es decir, es raro que un paciente de inmediato, siga la regla fundamental, puesto que ello rompería su barrera narcisista. Existen en el fondo dos maneras de hacer frente a este problema. Una de ellas es la educación directa para el análisis, por medio de explicaciones, apoyo, conversación, etcétera. Este método es muy inseguro y se halla expuesto a variaciones de la situación transferencial.

La otra forma de vencer estas resistencias consiste en remplazar las medidas pedagógicas por interpretaciones analíticas. Con este procedimiento nuestra atención está fijada en una conducta real y en su significado. Traducimos al paciente las razones de sus dudas, llegadas tarde, hablar de una forma y otra, etcétera. En otras palabras que además de los sueños, la libre asociación, los actos fallidos y otras comunicaciones, debemos fijarnos en la actitud que los enfermos guardan. La manera en que relatan sus sueños, producen sus asociaciones y cometen los actos fallidos. Cómo se dicen las cosas es un material tan importante como lo que habla el paciente.

En general, lo más trascendente es descubrir el motivo de la resistencia, para poder interpretar los impulsos que se hallan escondidos detrás de

ella. Para lograrlo, debemos, según Greenson, seguir varios pasos: 1. Reconocer la forma de oposición; 2. Demostrársela al paciente; 3. Aclarar sus motivos; 4. Interpretarla, y 5. Elaborarla.

El aspecto del trabajo de la resistencia es la clave de la técnica analítica, por lo que Schafer (1973) ha enfocado este problema de la siguiente manera: "El llamado análisis de la resistencia es para nosotros el examen de la persona total. A través del estudio de todo lo que un individuo no desea ser o hacer, analizamos también todo aquello, para lo que está en el mundo."

Es importante intentar una clasificación de las resistencias de acuerdo con el tipo de defensa empleada. Como afirmamos al inicio de este capítulo, la resistencia se opone al procedimiento analítico, al terapeuta y también al *yo* razonable del paciente. Es por ello que esta forma de oposición defiende la neurosis y el posible cambio. Por otra parte, la defensa es un proceso que salvaguarda al *yo* en contra del peligro y el dolor, es decir, antagoniza a los impulsos que buscan el placer a través de su descarga. En la situación psicoanalítica las defensas se manifiestan como resistencias globales.

A continuación y con la ayuda de B. Montoya y A. Álvarez trataré de hacer un cuadro en que aparezcan algunos de los trastornos clínicos principales, así como los mecanismos defensivos y resistencias preponderantes.

HISTERIA

Proceso defensivo

Resistencias

Represión

Fallas de memoria. Hablar de aspectos triviales. Sueños escasos.

Regresión

Fantasías infantiles. Conducta histriónica. Mentiras. Seudología fantástica.

Emocionalidad (contra otros sentimientos)

Seducción. Explosiones afectivas de labilidad. Alegría aparente en las sesiones.

Identificación

Representan síntomas somáticos de otras personas. Parálisis, ataques, etcétera.

Negación

Restricción de las emociones dolorosas. No aceptación de que la relación que se establece con el terapeuta es de carácter profesional.

OBSESIVO-COMPULSIVO

*Proceso defensivo**Resistencias*

Aislamiento del afecto

Evitar cualquier emoción, hipertrofiar el pensamiento. Eludir la mirada del terapeuta para rehuir el contacto directo. Falta de atención (encubierta). Murmullos en el tratamiento para que se tenga dificultad en oírlo. Evitar ciertos temas. Rigidez en el tiempo. Se posee un secreto.

Anulación

Llegadas tarde. Se paga menos. Se hacen trampas. Se provocan discusiones. Cuenta medios sueños.

Formación reactiva

Reúne material específico que sea limpio para la sesión.

Regresión

Postura fija.

Racionalización

Justifica todos los actos. Les atribuye significado inconsciente.

Intelectualización

Lee libros y artículos para documentarse.

DEPRESIÓN

Introyección

Fijación del tiempo a etapa actual.

Identificación

Imita al objeto perdido.

Desplazamiento

Los ataques hacia los demás son dirigidos contra uno mismo. Se convierte en un mártir del terapeuta.

Aislamiento

Mantiene rigideces. Evita ciertos tópicos. Muestra falta de afecto.

Represión

No asocia. Escasean los sueños.

ESQUIZOFRENIAS

Regresión

Silencio. Surge proceso primario con una autocrítica propia.

Proceso defensivo

Aislamiento

Negación

Introyección

Resistencias

Rigidez postural. Afecto aplanado.

Pérdida de la realidad.

Pensamiento desorganizado. Falta una meta en lo que se expone. El paciente no se modifica.

FORMA PARANOIDE

Proyección

Los demás son los culpables. Fenómeno persecutorio resistente. Se atribuye a los otros lo que está en uno.

FORMA ESQUIZO-AFECTIVA

Regresión

Exceso de horas alegres. Aumento de eventos triviales. Se usan expresiones extranjeras.

Identificación

Se imita a cualquier objeto.

Negación

Desaparece la censura.

BIBLIOGRAFÍA

- A Glossary of Psychoanalytic Terms and Concepts.* American Psychoanalytic Association. 1968.
- BLUM, G. *Psychoanalytic Theories of Personality.* McGraw Hill. New York, 1953.
- FENICHEL, O. *The Psychoanalytic Theory of Neurosis.* Norton. New York, 1945.
- FREUD, A. *The Ego and the Mechanisms of Defense.* The Hogarth Press. London, 1937. (Traducción de la versión alemana de 1936.)
- FREUD, S. *The Neuro-Psychoses of Defense.* Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. III. London, 1894.
- FREUD, S. *The Ego and the Id.* Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. XIX. London, 1923.
- FREUD, S. *Inhibition Symptom and Anxiety.* Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. XX. London, 1926.
- FREUD, S. *An Outline of Psychoanalysis.* Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. XXIII. London, 1938.
- GLOVER, E. *Psychoanalysis: A Handbook for Medical Practitioners and Students of Comparative Psychology.* Staples Press. London, 1949.

- GREENSON, R. *The Mother Tongue and the Mother*. Inter. J. Psychoanal. 31:18-23. 1950.
- GREENSON, R. *The Technique and Practice of Psychoanalysis*. International Universities Press. New York, 1967.
- GUARNER, E. *Lack of Timing in an Unusual Case of Ejaculatio Praecox*. Inter. J. Psychoanal. Psychoth. 6:315-322. 1977.
- HOFFER, W. *Defensive Process and Defensive Organization: Their Place in Psychoanalytic Technique*. Inter. J. Psychoanal. 35:194-198. 1954.
- KOHUT, H. *Panel Report: Clinical and Theoretical Aspects of Resistance*. J. Amer. Psychoanal. A. 5:548-555. 1957.
- NUNBERG, H. *Principles of Psychoanalysis*. International Universities Press. New York, 1955.
- REICH, W. *Character Analysis*. Farrar Strauss. New York, 1945.
- RYCROFT, CH. *A Critical Dictionary of Psychoanalysis*. Penguin Books. London, 1968.
- SANDLER, J., DARE, CH. y HOLDER, A. *The Patient and the Analyst*. G. Allen Unwin. London, 1973.
- SAUL, L. *Technic and Practice of Psychoanalysis*. Lippincott. Philadelphia, 1958.
- SCHAFER, R. *Psychoanalytic Interpretation in Research Testing: Theory and Application*. Grune Stratton. New York, 1954.
- SCHAFER, R. *The Mechanisms of Defense*. Inter. J. Psychoanal. 49:49-62. 1968.
- SCHAFER, R. *The Idea of Resistance*. Inter. J. Psychoanal. 54:259-285. 1973.
- SJÖBACK, H. *The Psychoanalytic Theory of Defensive Processes*. Halsted Press. New York, 1973.
- SULLIVAN, H. *Conceptions of Modern Psychiatry*. Norton. New York, 1953.
- TARACHOW, S. *An Introduction to Psychotherapy*. International Universities Press. New York, 1963.
- WHITE, R. y GILLILAND, R. *Elements of Psychopathology: The Mechanisms of Defense*. Grune Stratton. New York, 1975.

CAPÍTULO XXIII

LA TRANSFERENCIA

En los *Estudios sobre la histeria* (1893-1895), Freud reveló que poseía una idea más o menos clara de la transferencia. Es decir, conocía su génesis, la trascendencia técnica de su uso y las implicaciones terapéuticas de su utilización. El descubridor del Psicoanálisis se refiere a la importancia que se presenta en la relación del paciente con el terapeuta y describe algunas de las barreras que se oponen al progreso del tratamiento. Un ejemplo, es el de una enferma que desarrolla cierta resistencia a la asociación cuando Freud retorna a la técnica de presionar la frente por medio de su mano; de tal manera que la paciente desarrolla un nuevo síntoma, el dolor de cabeza. Se puede afirmar que en los *Estudios sobre la histeria*, la transferencia es descrita como la aparición de un afecto doloroso que originalmente ha forzado el rechazo de un impulso inaceptable. Según Freud, estos enfermos han hecho una "falsa conexión" con el analista y técnicamente esta circunstancia deberá ser manejada haciéndola consciente y buscando su origen en el pasado.

En 1905, con la publicación del llamado *Caso Dora*, un gran avance en la comprensión de la transferencia es logrado, cuando Freud observa que una gran parte de la energía de la neurosis resulta utilizada en un esfuerzo para actuar en lugar de recordar. Es la primera vez donde se manifiesta la importancia de la transferencia, aunque al final de cuentas sucede un fracaso terapéutico debido a que ésta no fue interpretada a tiempo.

Originalmente Freud había pensado que el fenómeno de transferir, resultaba una barrera para el progreso del tratamiento. A partir de *Dora*, el psicoanalista vienés se da cuenta de que el proceso de desplazar las ideas o sentimientos hacia el terapeuta puede convertirse en un aliado, una vez que la resistencia logre disolverse y con ella hacer desaparecer los síntomas.

La dinámica de la transferencia (1912) es el trabajo más importante y representativo de este periodo del Psicoanálisis. En esta monografía la

relación paciente-analista se encuentra subordinada al principio del placer. Freud describe las diferentes manifestaciones del contacto como una repetición de la situación infantil y deduce que sus orígenes están condicionados, tanto por factores constitucionales como del ambiente externo. Con el establecimiento de la transferencia, las tendencias libidinosas son gratificadas y las frustrantes no se desarrollan, pues permanecen en la fantasía o se sumergen en el inconsciente. Freud habla de las imágenes infantiles y nos dice: "En todas las personas en las cuales la necesidad de amor no encuentra satisfacción en la realidad, las tendencias libidinosas latentes serán despertadas tan pronto se tenga contacto con un nuevo objeto."

En este mismo artículo, la resistencia es discutida en términos de transferencia positiva o negativa. La primera posee bases eróticas, la segunda se desarrolla paralela a la anterior, utilizando sentimientos hostiles. Cuando la negativa no puede transformarse en positiva, como sucede en los casos de los paranoicos, el tratamiento se hace imposible. El mantenimiento de los sentimientos favorables hacia el terapeuta resulta indispensable para el éxito del Psicoanálisis.

Freud asegura que todos los conflictos deben ser resueltos en el campo de la transferencia, pues como sucede en el contenido manifiesto de los sueños, los enfermos descargan sus emociones distorsionando la relación con el terapeuta. Es decir, se entabla una lucha entre las fuerzas de la razón y los instintos. La interpretación del analista constituye el medio de alcanzar el éxito, a pesar de que con la transferencia se produce una enorme regresión y el paciente resulta frustrado.

Las observaciones sobre el amor de transferencia de 1915 es simplemente un artículo en que se describen las circunstancias de los enamoramientos de los enfermos. En *Introducción al Psicoanálisis* (1916), Freud señala la secuencia entre las fases negativa y positiva de la transferencia y su uso para reducir la resistencia. En este libro aparece la primera descripción de la disolución del vínculo terapéutico. En *Más allá del principio del placer* (1920) se vuelve al tema, pero ahora se le relaciona con la compulsión a la repetición. Según Freud, esta última circunstancia es resultado del instinto de muerte.

En los trabajos que abarcan desde 1920 hasta 1938, se agrega muy poco al descubrimiento realizado 15 años antes y así lo hace notar el genio vienés en *Nuevas aportaciones al Psicoanálisis*, de 1932. En *Análisis terminable e interminable* (1937), Freud continúa su hipótesis sobre la transferencia y las resistencias. Se observan progresos para la comprensión del problema de la hostilidad y los nuevos mecanismos de defensa recién sistematizados. Se analiza la transferencia negativa y se previene a los

terapeutas para impedir manipulaciones a través de la relación con los enfermos.

A partir de la publicación del *Caso Dora*, que como vimos sucedió en 1905, numerosos trabajos sobre el problema de la transferencia comenzaron a aparecer. En 1908, Abraham la relacionó con la posición libidinosa del paciente. Ferenczi en 1909, fue el primero que menciona el papel que juegan los padres introyectados. El proceso transferencial, según este autor, permite al neurótico desplazar su libido, de tal manera que el terapeuta actúa como un catalítico para analizar los objetos buenos y malos, internos y externos que existieron desde la infancia.

El congreso de Salzburgo produjo contribuciones importantes al campo de la transferencia de Sachs, Alexander y Rado. El primero de estos autores habló en una forma encomiástica de la técnica activa iniciada por Ferenczi, en la cual encontró una consecuencia lógica a las concepciones de Freud enunciadas en *El yo y el ello*. Según Sachs, el restablecimiento de la liga entre el *yo* y el *ello* resulta especialmente en los pacientes narcisistas y la transferencia reproduce posiciones libidinosas previas. A través del recuerdo y su elaboración se pueden lograr nuevas canalizaciones de las experiencias tempranas. La meta del Psicoanálisis es en realidad la perfecta sinceridad hacia uno mismo, la desaparición de la represión y el desarrollo de un estado emocional que no sea influido por las idiosincrasias del propio analista.

Alexander, en uno de sus trabajos más importantes denominado *Meta-psicología de la cura*, señala que la meta del tratamiento es transferir las funciones del *superyo* al *yo*. Dos fases pueden ser descritas: 1. El conflicto entre el *superyo* y el *ello* es transformado en uno entre el *ello* y el analista; 2. Las funciones del *superyo* son restauradas al *yo* del paciente, por medio de la interpretación y la elaboración.

Rado discutió las analogías que existen entre las neurosis de transferencia la hipnosis y las formas preanalíticas de psicoterapia. Los sistemas primitivos de tratamiento activan la relación con los padres, siendo los pacientes colocados en posiciones infantiles.

Reich (1928) introdujo la idea totalmente nueva en aquel entonces de que el análisis de la transferencia negativa y de la resistencia son la clave del tratamiento. La meta de éste es, por lo tanto, el estudio de los rasgos de carácter y de las defensas del *yo*. Reich dudaba de la utilidad práctica del concepto de que el analista actuara como un espejo y abogó por variaciones en el procedimiento técnico.

Nunberg elaboró su teoría de la transferencia en 1932, con ideas parecidas a las de Alexander. El terapeuta será convertido en un árbitro de las proyecciones del paciente. La fase temprana de confesión es una "luna

de miel" que se asemeja al estado hipnótico. Después de este periodo inicial, surgen bloqueos al no obtener el amor del terapeuta, aunque debe reconocerse que en el fondo existe temor a su pérdida.

En su monografía sobre interpretación, Strachey (1934) sostiene la interesante idea de que el analista en realidad funciona como un *superyo* auxiliar rompiendo el círculo vicioso de la introyección y proyección de los objetos malos. Melanie Klein, de la que partirían algunas de las ideas precedentes, adscribe en diferentes trabajos la importancia fundamental de la relación del niño con el pecho materno y su conexión posterior en todos los contactos con los objetos. Estas circunstancias deben ser revividas en la transferencia, si es que se quiere romper el círculo: agresión, angustia y culpa. La exploración entre el pasado y el presente, reduce el conflicto de los objetos idealizados y los persecutorios.

Siguiendo una línea completamente distinta, Ida Macalpine (1950) escribe un trabajo importante acerca del *Desarrollo de la transferencia*. Según esta autora, los elementos latentes del pasado favorecen en el contacto terapéutico la reacción transferencial. Sus ideas podrían ser resumidas en la siguiente forma: 1. Tres estados del análisis se suceden uno al otro, el de inducción de la neurosis de transferencia, el periodo de regresión y el de evolución y madurez, parte del cual se realiza después del análisis; 2. Cualquier obstáculo al proceso de la regresión en la transferencia, debe considerarse una resistencia; 3. El analista debe explorar el pasado teniendo en cuenta el presente y viceversa; 4. La transferencia se definirá como la adaptación gradual de la atmósfera infantil a la situación analítica, y 5. La resolución de la misma ocurre después de la terapia y por lo tanto el concepto de su disolución es ambiguo.

La discusión del problema de la transferencia fue retomada en el Congreso Psicoanalítico de 1955. E. Zetzel presentó un interesante trabajo sobre la alianza terapéutica. Winnicott hizo hincapié en variaciones técnicas que deben realizarse con aquellos enfermos que carecieron de cuidados maternos durante los primeros meses de vida.

En mi opinión, el libro de Leo Stone (1961) sobre *La situación analítica* aclara determinados aspectos del fenómeno transferencial. El concepto de frustrar totalmente al paciente en cuanto a respuestas por parte del terapeuta, condiciona una actitud detectivesca de éste en busca de información de su analista. Me parece que algunas de las ideas de Stone constituyen avances en la teoría y la técnica.

La serie de monografías publicadas en 1971 sobre la neurosis de transferencia por Calef, Blum y Loewald demuestra la importancia del tema. Las conclusiones a las que llegaron estos autores pueden resumirse así: 1. La neurosis de transferencia revive una situación infantil; 2. Ésta

se debe a la frustración y por lo tanto, a la búsqueda de amor; 3. El concepto no es estático; 4. Son mecanismos regresivos y repetitivos; 5. La situación artificial creada debe ser manejada y se vuelve la parte central del tratamiento.

LA EVOLUCIÓN DE LA TRANSFERENCIA

Podría afirmarse que la transferencia resulta un fenómeno general y que es únicamente durante el proceso analítico en el que adquiere características peculiares. Greenson la ha definido como: "La experimentación de impulsos, sentimientos, actitudes, fantasías y defensas hacia una persona en el presente que no corresponde, pero que son una repetición de reacciones originadas con individuos significativos del pasado desplazados al presente." En una forma más breve podría considerarse como una respuesta emocional por parte del enfermo durante su análisis, que se desarrolla debido a situaciones tempranas.

Greenson agrega a la exposición anterior cinco características que las diferencian: 1. Inapropiadas, los pacientes reaccionan inadecuadamente frente al terapeuta; 2. Intensidad, las representaciones se vuelven vehementes; 3. Ambivalentes, siempre existen en ella sentimientos opuestos; 4. Caprichosas, inconstantes, erráticas, y 5. Tenaces, los enfermos se aferran a transferir, a pesar de la situación contradictoria.

Varios autores han criticado la tendencia a considerar la totalidad de la relación analizado-terapeuta como transferencia y desean separar los elementos reales de aquellos que acompañan al fenómeno. Sin embargo, existen dificultades para señalar los límites de lo anterior, puesto que toda la conducta incluye asimilación de características del pasado al presente. Además, los elementos reales pueden ser llevados al servicio de la resistencia. No obstante, siempre debemos considerar qué tan distorsionadas han sido las apreciaciones hechas por un paciente en relación a su terapeuta. La transferencia debe ser siempre concebida como una situación anacrónica e irracional que se presenta al ser iniciada la resistencia.

El concepto clásico de la transferencia como un desplazamiento de aspectos amistosos, hostiles o afectos ambivalentes hacia el terapeuta, no hace justicia a la multiplicidad de emociones que pueden trasladarse hacia una persona. Debe hablarse en un sentido más amplio de una conducta total, pues esto incluirá la vida común y corriente del paciente.

Sobre estas bases la interpretación en la transferencia indicará: 1. Que la actitud del enfermo no es apropiada a la situación presente, y 2. Que constituye una repetición de circunstancias de la infancia. Por lo tanto, la idea

que se dirija al analizado debe alcanzar al *yo* razonable, para ajustarlo a la actualidad.

La transferencia es resultado de un grupo de determinantes conocidos como una disposición a transferir. Esta situación resulta una tendencia universal ilimitada. Aun en las llamadas neurosis narcisistas se presenta, aunque aquí tomará características negativas o ambivalentes. Los elementos alrededor de la situación analítica ejercen una acción positiva para promover la transferencia, lo cual se debe tanto a la regresión, como a la frustración que se sufre en la realidad.

Freud postuló el origen de esta circunstancia en dos teorías diferentes. En 1912 afirmó que las represiones de la infancia dejan conflictos no resueltos, que se actualizan durante el Psicoanálisis; en ese caso la transferencia será motivada por el principio del placer. Sin embargo, en 1920 Freud la condiciona a la compulsión a la repetición, como una manera de expresar la inercia de la materia viviente.

Los efectos de la transferencia deben ser reconocidos como ambivalentes en su naturaleza. No obstante, el formulismo de positiva y negativa sigue siendo la manera de designar a la mayoría de las reacciones paciente-terapeuta. Estos términos en realidad nos indican la posición del enfermo en cuanto a las sesiones, el material proveniente de la libre asociación y los sueños.

La expresión transferencia positiva describe aquellas en las que el componente principal está compuesto predominantemente por amor en cualquiera de sus formas o derivados. Puede expresarse también como: confianza, admiración, devoción, respeto, ternura, etcétera. Aunque el retorno al pasado modifica aspectos reales, se puede afirmar que la mayoría de estas repeticiones favorecen el curso del análisis. Es decir, que a través de este patrón específico de conducta, el paciente se siente facilitado a la expresión libre de sus pensamientos y a la larga permitirá cambios intrapsíquicos.

Al transformar al analista en un objeto bueno, hacia el cual los sentimientos amistosos pueden ser desplazados, la función sintética del *yo* se expande, muestra mayor tolerancia a la tensión y lleva a lo que comúnmente se denomina alianza terapéutica.

Otra forma importante de transferencia positiva ocurre cuando el paciente se enamora de su terapeuta. Esta situación no es extraña cuando se manejan enfermos del sexo opuesto. El amor en estos casos guarda conexión con el que sucede en la vida real y aparece debido a la fase edípica reprimida. En general, puede afirmarse que esto condiciona problemas técnicos, los cuales deben ser interpretados con cautela para fomentar la alianza terapéutica, evitando herir a la persona que lo sufre.

La transferencia negativa puede ser expresada como: odio, desconfianza, aversión, envidia, etcétera. Se puede asegurar que es paralela a la positiva y sirve a propósitos defensivos, en favor de la resistencia. Algunos de estos pacientes pueden incluso trabajar en su análisis adecuada y efectivamente, pero tarde o temprano la situación negativa debe ser reconocida, para intentar traducirla y de hecho disolverla. Recordamos aquí simplemente que las interpretaciones efectivas y que producen autocrítica son aquellas que se realizan en transferencia positiva.

En lo que respecta al problema de la evolución que se opera a lo largo del análisis de la relación paciente-terapeuta, podemos afirmar que idealmente el curso del tratamiento incluye tres fases. El periodo de inauguración de la transferencia, el de su establecimiento y el que se refiere a su terminación.

La fase inicial puede considerarse como de ensayo y una situación flotante emerge por parte del enfermo. El periodo de establecimiento indica la aparición de la neurosis de transferencia y paulatinamente se incrementa el elemento regresivo. La etapa terminal está caracterizada por la disolución de la transferencia y la evolución de la personalidad hacia la madurez.

La descripción de los comienzos varía considerablemente, puesto que existen personas con una disposición sumamente intensa al fenómeno trasfereencial y podría afirmarse que una situación positiva demasiado temprana, puede esconder aspectos hostiles profundos. Por el contrario, se observan también en ocasiones analizados que muestran resistencias transferenciales marcadas.

El establecimiento de la neurosis de transferencia puede ocurrir espontáneamente o por las interpretaciones acertadas. La evolución natural disminuye la angustia y permite al paciente hablar de temas ocultos y por ello experimenta nuevas emociones.

El modo de actuar del analista para promover la situación transferencial no ha sido determinado. Reich pensaba que la interpretación constante de las defensas primitivas, permite la emergencia de manifestaciones positivas hacia el terapeuta. Alexander insistía en que el efecto frustrante de la regla de la abstinencia provocaba regresiones profundas. Creo que la actitud más adecuada es la interpretación en el tiempo preciso, lo cual será revisado en el capítulo próximo.

La terminación de la neurosis de transferencia resulta difícil de llevar a cabo. A veces se acompaña del retorno de los síntomas iniciales, o bien, asociada con experiencias de duelo y aun de intensas angustias de separación. En el fondo el logro de la independencia debe ser una meta final de todo análisis y la liberación puede dar lugar a episodios maníacos o

esquizo-paranoides, lo cual obliga a los terapeutas a tener cuidado con finales demasiado abruptos. La fase terminal debe por ello prolongarse algunos meses y llevarla a cabo intuitivamente. Desde el punto de vista teórico, la solución estará en el cambio de la transferencia hacia un nuevo objeto en la vida real.

Podemos concluir que el desarrollo de la técnica psicoanalítica ha sido determinado esencialmente por la evolución del conocimiento acerca de la naturaleza de la transferencia. El mayor avance en la terapia está determinado por la progresión de ella. En lo profundo es un instrumento de un valor irremplazable y el origen de los mayores peligros, si el terapeuta no es capaz de utilizarla adecuadamente.

EL CONCEPTO DE LA CONTRATRANSFERENCIA

Se puede decir de una manera general que existen dos puntos de vista en relación al concepto de la contratrtransferencia. De acuerdo con el primero al que Kernberg (1965) denomina "clásico", es la reacción del psicoanalista a la transferencia del paciente. En este caso los conflictos neuróticos del terapeuta son el origen de la contratrtransferencia.

La segunda postura hacia esta relación del médico con su analizado es la que el mismo autor arriba mencionado, denomina "totalista" y que es visualizada como la absoluta reacción emocional del psicoanalista ante el enfermo durante la situación de tratamiento. Esta actitud sostiene que la disposición consciente o inconsciente del terapeuta hacia el paciente, es una reacción tanto a su realidad como a su transferencia y puede ser también posiciones objetivas de las necesidades normales así como las neuróticas del analista. Esta segunda escuela, considera que las repercusiones en el terapeuta están íntimamente fusionadas con el material que se les presenta y aunque la contratrtransferencia debe ciertamente ser resuelta, es útil en la comprensión del paciente. En otras palabras, esta posición da una amplitud mayor al término y aboga para su uso en la técnica.

Algunos de los autores modernos que sostienen el punto de vista clásico son: Lorand (1946), Glover (1949), A. Reich (1951 y 1960) y Gitelson (1962). Entre aquellos que son partidarios de la postura totalista cabe citar a: Fromm-Reichman (1950), Heiman (1950), Racker (1953), Saul (1958), Winnicott (1949 y 1960) y Rosenfeld (1964). Numerosos otros analistas no se han comprometido y han tomado un punto de vista intermedio, como: Orr (1954), Menninger (1958) y Greenson (1967).

La crítica más importante que los autores con una postura clásica hacen a los totalistas, es que la ampliación del término contratrtransferen-

cia confunde su significado y exagera la magnitud de las reacciones del analista en detrimento de su posición de neutralidad en la cual Sigmund Freud insistía en 1912; cuando propugnaba que los terapeutas permanecieran opacos ante sus pacientes. No mostrando nada, sino lo que se presenta ante ellos y agregando que nunca traerán sus propios sentimientos en juego. Sin embargo, cabría aquí citar una de las cartas de Freud a Oskar Pfister, en la cual señalaba que la situación neutral no implica la pérdida de la espontaneidad, ni la disminución del calor humano y añadía, que la indiferencia provoca nuevas resistencias por parte del enfermo.

Los analistas con una postura totalista defienden su posición argumentando: 1. La definición de la contratransferencia en uso, tiende a oscurecer su importancia al implicar que es algo negativo; 2. La fusión de las influencias de la transferencia y las realidades del analizado y el pasado, así como el presente del terapeuta, provocan una información que debe ser aprovechada para la comunicación y adelanto en el tratamiento, y 3. Debe ser utilizada siempre en el grupo de pacientes "límite" y esquizofrénicos, dado que a través de ella se permite un mejor entendimiento de la situación caótica de estos enfermos.

Winnicott (1947) ha observado que incluso existe una contratransferencia negativa como puede observarse en su trabajo sobre el odio sentido contra un paciente. También se podría hablar de un componente amoroso derivado de la situación edípica del terapeuta y que éste debe ser reconocido cuanto antes con el objeto de saber si puede trabajar o no, con determinado enfermo.

En realidad, se puede afirmar que el concepto totalista hace justicia a la idea de que la situación analítica es un proceso de interacción en el cual el pasado y el presente de ambos participantes, así como las reacciones mutuas se funden en una sola posición emocional, que busca como meta la ayuda del paciente.

Anita Reich ha separado las contratransferencias permanentes de aquellas que son agudas. Las primeras se refieren a un desorden de carácter por parte del terapeuta y las agudas a diferentes manifestaciones transferenciales que despliega el analizado. La autora siente que las permanentes son problemáticas y requieren de un nuevo análisis del médico.

Puede asegurarse que cualquier situación contratransferencial está íntimamente conectada en la interacción con el paciente. Ciertos problemas en el enfermo, pueden reactivar conflictos similares que ocurrieron en el pasado del terapeuta.

Cuando se trabaja con casos "límite" o esquizofrénicos en contraste con los que presentan solamente síntomas leves, el analista tiende a expe-

rimentar en los inicios de la terapia reacciones intensas, que se deben en general a las transferencias caóticas desarrolladas por los enfermos y donde se mide la capacidad del analista para soportar la angustia que proporciona la situación terapéutica. Es decir, que es aquí cuando se puede observar lo integrado que se encuentra el analista ante la desorganización y falta de límites en el yo del paciente. Tal vez valdría la pena recordar la idea de Freud (1937) de que el terapeuta requiere un cierto grado de normalidad y superioridad ante sus enfermos, con el objeto de servir de ejemplo.

Es por ello que la contratransferencia se convierte en un instrumento diagnóstico que nos da una idea acerca de las posibilidades futuras de un tratamiento, pues las reacciones prematuras o intensas ante los enfermos, amenazan la neutralidad del analista.

A través de la literatura que existe, la mayoría de los ejemplos sobre alteraciones contratransferenciales provienen de las dificultades frente a los pacientes psicóticos. Es decir, que la agresión arcaica de éstos, despierta reacciones emocionales en sus terapeutas. La hostilidad latente que en el fondo está dirigida contra el propio analizado, destruye los esfuerzos del médico por ayudarlo. En otras palabras, la experiencia de ceder algo bueno y privarlo a uno de obtener satisfacción alguna en el trabajo, es una conclusión desalentadora. Podría asegurarse que si esta situación es sostenida por parte del terapeuta, quiere decir que sus aspectos masoquistas han sido reactivados por el enfermo. Money Kyrle (1956) ha observado que la agresión condiciona la función del *superyo* en el analista, provocando temores persecutorios o culpa depresiva.

Otro fenómeno perceptible en algunos tratamientos es el aislamiento narcisista por parte de los terapeutas, que como ha señalado Kernberg (1965) se manifiesta por un retiro de las cargas de la libido hacia el paciente, lo cual puede ser debido a insuficiente análisis.

La preocupación en relación a un caso, puede deberse a las circunstancias por las que atraviesa un enfermo. Generalmente se produce ante situaciones autodestructivas, pero también puede ser observado en terapeutas que reconocen las limitaciones de su propia técnica. Winnicott ha insistido en que el ofuscamiento del analista parte de sentimientos profundos de culpa y de una necesidad de reparar. Cualquiera que sea el origen del conflicto, el temor a lo que pueda hacer un paciente implica dificultades en el procedimiento y puede en ocasiones requerir la consulta con un colega o supervisión del caso.

Podemos concluir que la autocrítica del terapeuta en relación al significado de las reacciones contratransferenciales no ayuda necesariamente al enfermo, pero coopera para obtener información sobre las interpreta-

ciones transferenciales. Las reacciones propias del psicoanalista deben acompañar a su analizado en su capacidad de regresión hacia el pasado, sin perder de vista el presente.

BIBLIOGRAFÍA

- ABRAHAM, K. *The Psycho-Sexual Differences between Hysteria and Dementia Praecox*, en *Selected Papers on Psychoanalysis*. Basic Books. New York, 1908.
- ALEXANDER, F. *Metapsychological Description of the Process of Cure*, en *The Scope of Psychoanalysis*. 1921-1961. Basic Books. New York, 1925.
- BLUM, H. *On the Conception and Development of the Transference Neurosis*. J. Amer. Psychoanal. A. 19:41-53. 1971.
- CALEF, V. *On the Current Concept of the Transference Neurosis*. J. Amer. Psychoanal. A. 19:22-25. 1971.
- FERENCZI, S. *Introjection and Transference*, en *Selected Papers*. Basic Books. Vol. I. New York, 1909.
- FREUD, S. *Studies on Hysteria*. 1893-1895. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. II. London, 1895.
- FREUD, S. *Fragment of an Analysis of a Case of Hysteria*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. VII. London, 1905.
- FREUD, S. *The Dynamics of Transference*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. XII. London, 1912.
- FREUD, S. *Recommendations to Physicians Practicing Psychoanalysis*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. XII. London, 1912.
- FREUD, S. *Observations on Transference Love*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. XII. London, 1915.
- FREUD, S. *Beyond the Pleasure Principle*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. XVIII. London, 1920.
- FREUD, S. *The Introductory Lectures on Psychoanalysis*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. XXII. London, 1932.
- FREUD, S. *Analysis Terminable and Interminable*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. XXIII. London, 1937.
- GREENSON, R. *The Technique and Practice of Psychoanalysis*. International Universities Press. New York, 1967.
- LAGACHE, D. *Le probleme du transfert*. Revue Française de Psychanalyse. 16:5-122. 1952.
- LOEWALD, H. *The Transference Neurosis: Comments on the Concept and the Phenomenon*. J. Amer. Psychoanal. A. 19:54-66. 1971.
- MACALPINE, I. *The Development of the Transference*. Psychoanal. Quart. 19:501-539. 1950.
- NUNBERG, H. *Transference and Reality*. Inter. J. Psychoanal. 32:1-9. 1951.
- RADO, S. *The Economic Principle in Psychoanalytic Technique: Hypnosis and Catharsis*, en *Psychoanalysis of Behavior*. Grune Stratton. New York, 1925.

- REICH, W. *Character Analysis*. Farrar Strauss. Giroux. New York, 1932.
- SACHS, H. Citado por Lagache en 1925, produjo un artículo para el Congreso de Salzburgo.
- STONE, L. *The Psychoanalytic Situation*. International Universities Press. New York, 1961.
- STRACHEY, J. *The Nature of the Therapeutic Action of Psychoanalysis*, en *Psychoanalytic Clinical Interpretation*. Ed Paul, L. Free Press of Glencoe. London, 1934.
- WINNICOTT, D. *Clinical Varieties of Transference*, en *Collected Papers*. Tavistock. London, 1955.
- ZETZEL, E. *Current Concepts of Transference*. Inter. J. Psychoanal. 37: 369-376. 1956.

CONTRATRANSFERENCIA

- FREUD, S. *Recommendations for Physicians on the Psychoanalytic Method of Treatment*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. XII. London, 1912.
- FREUD, S. *Analysis Terminable and Interminable*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. XXIII. London, 1937.
- FREUD, S. *Psychoanalysis and Faith: The Letters of Sigmund Freud and Oskar Pfister*. Basic Books. Pág. 113. New York, 1963.
- FROMM REICHMANN, F. *Principles of Intensive Psychotherapy*. University of Chicago Press. 1950.
- GITELSON, M. *On the Curative Factors in the First Phase of Analysis*, en *Psychoanalysis: Science and Profession*. International Universities Press. New York, 1962.
- GLOVER, E. *The Technique of Psycho-Analysis*. International Universities Press. New York, 1949.
- GREENSON, R. *The Technique and Practice of Psychoanalysis*. International Universities Press. New York, 1967.
- HEIMAN, P. *Countertransference*. Brit. J. Med. Psychol. 33:9-15. 1960.
- KERNBERG, O. *Notes on Countertransference*. J. Amer. Psychoanal. A. 13: 38-56. 1965.
- LORAND, S. *Technique of Psychoanalytic Therapy*. International Universities Press. New York, 1946.
- MENNINGER, K. *Theory of Psychoanalytic Technique*. Basic Books. 1958.
- MONEY KYRLE, R. *Normal Countertransference and some of its Deviations*. Inter. J. Psychoanal. 37:360-366. 1956.
- ORR, D. *Transference and Countertransference: A Historical Survey*. J. Amer. Psychoanal. A. 2:621-670. 1954.
- RACKER, E. *Estudios sobre técnica Psicoanalítica*. Paidós. Buenos Aires, 1960.
- REICH, A. *On Countertransference*. Inter. J. Psychoanal. 32:25-31 1951.
- REICH, A. *Further Remarks on Countertransference*. Inter. J. Psychoanal. 41:389-395. 1960.

- ROSENFELD, H. *Transference-Phenomena and Transference Analysis in an Acute Catatonic Schizophrenic Patient*, en *Psychotic States*. International Universities Press. 1964.
- SAUL, L. *Technique and Practice of Psychoanalysis*. Lippincott. Philadelphia, 1958.
- TOWER, L. *Countertransference*. J. Amer. Psychoanal. A. 4:224-255. 1956.
- WINNICOTT, D. *Hate in the Countertransference*, en *Collected Papers*. Tavistock. London, 1947.
- WINNICOTT, D. *Countertransference*, en *Collected Papers*. Tavistock. London, 1960.

CAPÍTULO XXIV

LA INTERPRETACIÓN

Constituye la interpretación el núcleo central de la técnica psicoanalítica. Lo que más caracteriza el tratamiento es la traducción del material del paciente para convertirlo en un elemento consciente y por ello mismo en una parte del yo.

El primer modelo de interpretación fue la actitud de Freud en la comprensión de los sueños. Según expresaba el psicoanalista vienés, la narración que efectúa un sujeto (contenido manifiesto) y las asociaciones libres (contenido latente), conducen a un último objetivo que es la explicación de su verdadero significado. Éste será dado a conocer al analizado por medio de una interpretación. Por supuesto, que el término no está exclusivamente diseñado para entender el fenómeno onírico, sino que también se aplica a las demás producciones del inconsciente (actos fallidos, equivocaciones, síntomas, etcétera) y de un modo general a todo aquello derivado de las manifestaciones verbales y de la conducta, que llevan el sello del proceso defensivo y de la resistencia.

En cierta forma, la interpretación es usada en el sentido técnico desde los orígenes del Psicoanálisis, aun en los *Estudios sobre la histeria* (1893-1895). Sin embargo, la palabra en sí misma no era empleada, dado que la meta principal del tratamiento, consistía en la abreacción, es decir, dejar que surgieran los recuerdos patógenos inconscientes y los afectos que se hallaban estrangulados.

La verdadera trascendencia de la interpretación como tal, aparece en el momento en que el terapeuta trata de explicarse el proceso onírico; de aquí que el libro de Freud se titulara *La interpretación de los sueños*. A partir de los trabajos sobre la técnica psicoanalítica el término aparece constantemente indicado y el interpretar se vuelve el arma sistemática más importante para el trabajo de cualquier terapeuta.

Sin embargo, desde el punto de vista de la lógica formal cabría preguntarse, qué son las interpretaciones. En el fondo podemos afirmar que

son analogías, es decir, una manera de explicar las correspondencias proporcionales que se establecen entre dos circunstancias. Por ejemplo, se puede mantener que matemáticamente la relación entre 3 y 4 es análoga a la que existe entre 9 y 12; o más bien que la conexión de x con y , se volverá análoga si se le agrega una letra n a ambas nx y ny . En este sentido la analogía sirve para establecer inferencias de carácter definitivo. Al tratar de solucionar una ecuación, es posible determinar el valor de una cantidad desconocida, cuando nos advierten determinados elementos con anterioridad.

Al lado de este uso cuantitativo, existe la utilización cualitativa de la analogía, que fue iniciada por Aristóteles. El filósofo griego era ya capaz de hallar las relaciones que se establecían entre pares de términos y comenzó a usar este sistema para entender las expresiones. De aquí surgió la metáfora como una de las maneras más importantes al comunicarnos los seres humanos.

Desde el punto de vista psicológico, la analogía es una forma común de apercepción, un camino para asimilar los objetos nuevos y extraños, que serán comparados con los viejos y familiares. Este sistema nos permite descubrir nuevas situaciones y nos da un procedimiento más profundo del funcionamiento de nuestras ideas.

La interpretación es el instrumento terapéutico por excelencia, pero en la práctica no existe un acuerdo entre los analistas acerca de la forma de hacerlo. El mismo Freud era un terapeuta que interpretaba detalladamente y en forma extensa. Hacía preguntas, citaba autores clásicos y las sesiones se desenvolvían en lo que podríamos denominar un franco diálogo.

Con respecto al cuándo, cuánto y cómo interpretar, Racker (1960) se ha referido a varios factores que influyen en esta situación: 1. La amplitud de conocimientos psicológicos que posea el terapeuta altera la proporción que haga. Cuanto más sabemos, tanto más podemos explicarnos; 2. Los principios teóricos que rijan al analista. Por ejemplo, algunos autores, Saussure y Reik atribuyen valor terapéutico al silencio. La cantidad de interpretaciones depende del grado en que el mutismo del analista sea valorado en comparación con la interpretación; 3. El factor individual, o sea la capacidad del analista de comprender el material, su contratransferencia. Por ejemplo, una mayor necesidad de reparar lo inducirá a interpretar más frecuentemente, en otras condiciones podrá someterse a las resistencias del enfermo y no traducirlas en la situación analítica, y 4. El factor genealógico, o sea cuanto interpretaba su propio terapeuta o el control y el grado de disolución de la transferencia con éstos.

Desde el punto de vista de que interpretar, lo primero que debemos hacer es entender el material, después juzgar lo que puede ser discutido y por último esperar el momento indicado. En cada sesión al trazar el elemento común de todas las asociaciones, el terapeuta encontrará el tema principal y éste debe ser el aspecto central que puede interpretarse. Es decir, a través de hallar el núcleo del material y abandonar lo periférico hacemos consciente lo inconsciente.

El analista debe estar esperando constantemente la emergencia del material profundo y esto no puede lograrse si habla durante el recital del paciente. Si el terapeuta interviene con demasiada frecuencia, interrumpe el flujo de las ideas y estimula reacciones a lo que dice, rompiendo con ello la cadena de asociaciones del analizado. Por supuesto, que el analista preguntará sobre los aspectos poco claros de la comunicación, pero al mismo tiempo debe saber siempre lo que está haciendo al quebrar el hilo de las conexiones que intenta discernir. Resulta por ello recomendable aguardar en silencio antes de realizar una intervención.

El factor fundamental antes de señalar una interpretación es esperar el tema central y no dejarse llevar por el material de carácter secundario o terciario que el enfermo nos brinde. Las intervenciones del psicoanalista que tienen efecto son aquellas que remueven las fuerzas emocionales profundas. Una técnica adecuada es buscar las conexiones afectivas internas y encontrar un común denominador entre ellas. Para llevar a cabo lo anterior, el terapeuta cuenta además con el conocimiento dinámico de la historia del paciente, de tal manera que no importa si se nos están relatando fantasías o realidades, porque al buscar el elemento emocional común, todas las asociaciones (sueños, actos fallidos o incidentes de la vida diaria) nos indican la situación del yo en ese momento.

Todas las sesiones de un paciente deben ser percibidas como nuevas y no guardar preconcepciones acerca de ellas. En el fondo, se podría decir que el enfermo no es ayudado tanto por lo que el analista piensa que está haciendo, sino por lo que éste realiza de una manera inconsciente. En el trabajo de Strachey (1934) sobre *La naturaleza de la acción terapéutica en Psicoanálisis* se observa que la interpretación denominada mutativa, es decir aquella en la que una parte de la relación del *ello*, con el terapeuta es hecha consciente, debido a que el analista funciona como un superyo auxiliar; reside la posibilidad de que el paciente se confronte consigo mismo y consecuentemente distinga entre los objetos arcaicos de su fantasía y los objetos reales presentes. Por otra parte se ha reservado la denominación de interpretación profunda, para aquella que alcanza un material inaccesible para el yo del analizado, debido al peso de la represión. Según Strachey, la mayor parte del Psicoanálisis transcurre bajo

el efecto de la interpretación mutativa y únicamente en un grado avanzado del tratamiento deben ser empleadas las profundas.

Con respecto al silencio postulado por algunos analistas como Reik, podríamos decir que por una parte aporta nuevo material, pero por otra impide la creación de autocrítica, ya que la mayor parte de lo que el paciente dice no se elabora. Las intervenciones del terapeuta hacen que se presente como un objeto ante el analizado y con ello cobra un mayor impulso la vivencia transferencial.

Las interpretaciones traen un mayor conocimiento psicológico y permiten la comprensión de la entrevista. Algunas reglas generales para llevarlas a cabo son: 1. Deben ser totales, no fijarse en los detalles; 2. Claras, de ser posible utilícese el lenguaje del paciente; 3. Enfocadas hacia el tema central; 4. No ser dogmáticas; 5. Los sueños deberán interpretarse en el contexto de la sesión, y 6. Sorpresivas, evitar el manejo de aquello que resulta obvio para el enfermo.

Podemos afirmar de una manera global que interpretamos: 1. Resistencias; 2. Mecanismos de defensa; 3. Transferencia; 4. Relaciones de objeto; 5. Fantasías, actos fallidos y sueños; 6. Traducimos símbolos; 7. Contenidos reprimidos, y 8. Rasgos de carácter.

En general, podemos reconocer si una interpretación ha sido correcta, cuando observamos una disminución del temor del *yo* ante el material proveniente del *ello*; una reducción de las defensas *yoicas* o la emergencia de derivados de los impulsos del *ello*, ante los cuales se anteponían intensas defensas. La respuesta a una interpretación puede ser inmediata o retardada, subjetiva u objetiva. La primera de estas circunstancias resultará de lo que el paciente reporte; la objetiva puede ser observada.

Las respuestas confirmatorias típicas pueden incluir: 1. Disminución de la ansiedad; 2. Mejoría sintomática o ser opuesta en un caso en el que exista una necesidad de sufrimiento (masoquismo); 3. Una memoria, fantasía, sueño, asociación verbal o gesto afirmativo que compruebe que la interpretación fue acertada; 4. Un sentimiento de sorpresa, reconocimiento que enciende una respuesta emocional, y 5. Risa repentina.

Otras réplicas que no necesariamente indican una disminución del temor del *yo* a la emergencia del *ello*, son: 1. La repetición de lo que fue interpretado; 2. La reconstrucción del hecho a través de una fuente externa, y 3. La habilidad para unir las piezas que se encontraban dispersas en la vida del paciente.

El problema de la validación de las interpretaciones es relativo, pues depende de la confirmación de la teoría psicoanalítica. Ciertas hipótesis están establecidas firmemente en este campo. Ellas incluyen: el determinismo psíquico, la existencia de los procesos inconscientes, las caracterís-

ticas del proceso primario (incluyendo su simbolismo), la separación de las funciones en la estructura de la mente (*yo, ello y superyo*) y en particular el concepto de conflicto entre los impulsos y las defensas del *yo* que a través del *superyo* provocan la angustia.

En su trabajo sobre *La interpretación en la Teoría y Práctica del Psicoanálisis*, Loewenstein (1957) hace notar que la descripción del material analítico puede ser monótona al ser leída, en contraste con la riqueza de datos que se obtienen en el tratamiento de los pacientes. Esta contradicción es debida no tanto al conocimiento científico, sino a que las interpretaciones son aspectos vivos y emocionales, que únicamente pueden ser sentidos durante la sesión.

Un segmento importante del interpretar tiene que ver con la reconstrucción de los procesos psíquicos. El Psicoanálisis es como dijera Bernfeld, una *Ciencia de los rastros* dado que los fenómenos psíquicos dejaron "huellas", que deben ser inferidas y explicadas. La habilidad del terapeuta para descubrir los residuos depende de su entrenamiento, de su capacidad para percibir y de su análisis personal.

Con el desarrollo de la Psicología del *yo* un refinamiento de la técnica se ha verificado, de tal manera que las interpretaciones del analista traen nuevo material y dan lugar a su aplicación para el cambio gradual de la autocrítica que es decisivo en el tratamiento. Loewenstein cree que el fin del análisis no es tanto el reproducir lo que ha ocurrido, sino establecer la conexión entre recordar y reconocer las condiciones de estas imágenes recapituladas. El efecto de una interpretación no debe ser directo o inmediato, sino que debe traer material relacionado con el conflicto actual.

El autor se refiere a continuación a la efectividad de una interpretación. La importancia de utilizar la palabra clave, que produce el reagrupamiento de los pensamientos de un paciente y de sus emociones, da lugar a nuevos elementos de autocrítica.

Desde el punto de vista de los pasos a seguir al hacer una interpretación podría afirmarse que lo primero es la confrontación, es decir, el fenómeno psíquico debe hacerse consciente al *yo*. El siguiente paso es la clasificación, o sea, emplazar el material en el foco de la sesión. Al interpretar asignamos significado a lo que el paciente nos ha dicho y tratamos de encontrar el origen histórico de la situación relatada. La intervención del terapeuta está dirigida a que el analizado comprenda la regresión, sus síntomas y defensas, así como los aspectos del desarrollo psíquico que se encuentran entre sus sentimientos infantiles, deseos, barreras que han sido interpretadas frente a su *yo*.

Otra perspectiva de la terapia es la necesidad de traer realidad al enfermo. En el fondo se podría afirmar que el analista está obligado a actuar

de una manera objetiva, debe hacer que el paciente entienda a las personas que le rodean, que comprenda aspectos sexuales, etcétera. En ocasiones podemos observar que los analizados se dan cuenta de sus problemas cuando éstos les son reflejados desde afuera. Por ejemplo, a un paciente obsesivo que retiene sus acciones hasta el último momento, que es avaro y que exige determinadas actitudes por parte de los demás, deberá hacerse ver la impresión que causa a las personas que le rodean y obligarlo a que entienda lo que sucedería si él fuera el individuo exigido o esperando recibir algo.

Uno de los problemas del análisis es que las personas que lo llevan a cabo aceptan la crítica hacia los demás pero no la propia autocrítica. Para estos casos que permanecen cerrados en su narcisismo, debe actuarse casi como un educador evitando que aprendan más principios psicológicos y obligarlos a salir de su auto-interés.

LA ELABORACIÓN

Desde los comienzos del Psicoanálisis se observó que el procedimiento de hacer consciente lo inconsciente y de ganar con ello autocrítica, no era suficiente para lograr cambios profundos en el enfermo. Es por esta razón que el concepto clínico de la elaboración aparece por primera vez citado en la obra de Freud en su trabajo de 1914, denominado *Recuerdo, repetición y elaboración*. Aquí el psicoanalista vienés nos hace ver que la meta del tratamiento durante su primera fase en el desarrollo de la técnica, fue hallar el recuerdo del evento traumático que se supone está situado detrás de la neurosis y la abreacción del afecto estrangulado asociado con dicho accidente.

Cuando Freud abandona la hipnosis, el procedimiento para descubrir el contenido mental olvidado es la libre asociación y el trabajar sobre las resistencias que se oponen a los contenidos inconscientes para que éstos sean percibidos de una forma directa. En esta época del desarrollo de la técnica el recuerdo significativo es recuperado con la utilización del "rapport", que posteriormente se transformará en la transferencia.

En la segunda fase del Psicoanálisis, la interpretación es encaminada en contra de las resistencias del paciente y muestra que el pasado se repite en el presente. Sin embargo, Freud pronto se dio cuenta que necesitaba algo más para que el tratamiento progresara y por ello escribía: "La elaboración de las resistencias puede en la práctica ser la tarea más ardua del sujeto en análisis y una verdadera prueba para el analista. De todas maneras es la parte del trabajo que efectúa los mayores cambios en el

paciente y que distinguen al tratamiento psicoanalítico de cualquier tipo de terapia por sugestión."

Fenichel (1941) ve la elaboración como una actividad del analista más bien que del binomio terapeuta-enfermo, y se refiere a ella como un tipo especial de interpretación. Este autor puntualiza que el paciente mostrará resistencia repetida a la aparición del material inconsciente que había sido interpretado previamente y las intervenciones del analista deben ser repetidas aunque ahora el procedimiento para hacerlas sea más sencillo que antes. Es interesante que aunque Fenichel reduce el concepto de elaboración a cierto tipo de interpretación, lo relaciona con una forma de resistencia tanto del *yo* como del *superyo* hacia un cambio.

En 1956, Greenacre hizo hincapié en la importancia de la elaboración en aquellos casos que sufrieron eventos traumáticos infantiles. Novey (1962) señala que la elaboración no se efectúa solamente durante la sesión, sino fuera de ella. Es decir, que el nivel intelectual y afectivo de la terapia, produce cambios constructivos en los pacientes, aun fuera de la hora analítica.

Greenson (1965) piensa que la elaboración produce la autocritica que lleva a la resolución de los conflictos. Este autor concede una gran importancia a la reconstrucción, una vez que las resistencias han sido vencidas. La elaboración es el elemento que consume mayor tiempo en Psicoanálisis. Es muy raro que la autocritica provoque cambios rápidamente y si tal cosa sucede éstos serán transitorios o poco integrados. Ordinariamente se requiere tiempo para superar las fuerzas que resisten alteración y que se produzcan en las estructuras psíquicas variaciones que sean de un carácter definitivo.

Aun en la terapia de apoyo en la cual las metas son mínimas, la persona se aferra a sus síntomas con tenacidad. En el tratamiento de carácter reeducativo, el paciente retorna en forma repetitiva a sus moldes de vida. Sin embargo, podemos afirmar que es en el Psicoanálisis en donde la elaboración se convierte en la piedra angular para lograr cambios intrapsíquicos.

Por medio de una interpretación se produce la autocritica, pero este viraje es momentáneo y automáticamente una nueva resistencia al cambio se intensifica. El analizado se atrinchera en sus previas defensas, debido a que la angustia lo fuerza a regresar a los modelos conocidos, para contender con el miedo y el peligro. Sin embargo, esta situación no es un retroceso, puesto que la autocritica ha sido integrada en el entendimiento racional. Durante el tratamiento esto se repetirá una y otra vez, pues en cuanto el paciente experimenta angustia retornará a sus métodos anteriores de lidiar con ella. También puede suceder que disfraze el grado de adaptación de las defensas.

El terapeuta no debe desesperar ante estas circunstancias, sino que interpretará las nuevas resistencias que hayan aparecido y ahora el progreso se obtendrá más fácilmente lográndose cambios estructurales.

El desarrollo de la elaboración es habitualmente lento, especialmente cuando se trabaja con los rasgos de carácter. En estos casos la interpretación produce cambios superficiales y sólo después de meses puede algo haber sido superado y el enfermo responde de una manera distinta al ambiente que le rodea. Sólo si el sujeto gana satisfacciones con la forma de respuesta diferente que ha adoptado, el nuevo rasgo será integrado dentro de su personalidad total. Es frecuente que el carácter previo continúe reapareciendo y sólo lentamente puede ser remplazado por una forma diferente de reaccionar. Resulta por ello, que en la mayor parte de estos análisis debemos conformarnos con metas parciales y la elaboración continuará a lo largo del tratamiento. El adelanto se conseguirá de acuerdo con la habilidad del paciente para aplicar lo que ha aprendido hacia aspectos adaptativos.

El progreso de un tratamiento analítico depende de numerosos factores, siendo el más importante el deseo de cambiar. La fuerza primordial que debe guiar al paciente será siempre el sufrimiento que va asociado con su neurosis. Uno de los elementos que pueden ayudar al terapeuta es la contradicción en la estructura de la personalidad que actúa también como un incentivo para conseguir el cambio.

El mecanismo para que la elaboración sea efectiva reside en el manejo de la transferencia. Es decir, los pacientes tienden a someter a sus analistas a diferentes pruebas para retornar a los viejos moldes de vida. Las defensas caracterológicas sirven para evadir la relación con el terapeuta. Se podría decir que como el enfermo ha sido herido tantas veces con anterioridad, está convencido que existe un peligro en la situación analítica actual.

Si el terapeuta es demasiado tolerante con los impulsos y conducta del paciente, éste se sentirá reducido y actuará su conflictiva, disminuyendo su conciencia moral y actuando circunstancias de las cuales podrá arrepentirse posteriormente. Por el contrario, una actitud represiva del analista, traerá el concepto restrictivo de autoridad y el crecimiento del yo quedará interferido por la actuación de un nuevo *superyo*.

Por todo lo anterior, el terapeuta debe ser benévolamente neutral, es decir, no tomar acciones retaliatorias con hostilidad en respuesta a la agresión del analizado; tampoco condenará los impulsos destructivos, sino que los interpretará. Es común en la mayoría de los casos, que los pacientes experimenten rabia en relación al analista y como no encontrará la temida hostilidad de éste, el enfermo se sentirá capaz de desencadenar sus

impulsos inconscientes que con anterioridad nunca se había sentido apto para expresar. Proyectando éstos en la persona del terapeuta, el analizado puede revivir los eventos traumáticos infantiles de una manera que podríamos denominar duplicada, puesto que sucedieron en el pasado.

El material sexual y aspectos perversos pueden emerger en este punto del tratamiento, aunque es posible que se manifiesten disfrazados en fantasías o sueños. Como resultado de este material, el paciente sentirá que necesita la ayuda del analista o por el contrario puede tomar una actitud desligada hacia él. No obstante lo anterior, el terapeuta deberá interpretar que estos impulsos no son otra cosa que el producto de la relación con él. Podría afirmarse que lo principal en esta fase de la terapia es movilizar las ideas, fantasías y sueños relacionados con el pasado y este será el momento de liberar las memorias reprimidas.

La fuerza del *yo* resulta en consecuencia de la liberación de la parte tiránica de la conciencia y de una identificación con una figura más integrada, como es la del terapeuta. Es por ello indispensable un cierto grado de normalidad en el psicoanalista.

La meta de cualquier tratamiento reside en una disminución del *super-yo* y el fortalecimiento del *yo*. Este paso sólo puede ser logrado como señala Nunberg (1948) a través de una relación directa con la realidad. Es decir, que aunque el *yo* nace de los instintos, éstos, tanto el sexual como el agresivo, deben guardar una posición adecuada con el medio externo que rodea al analizado. Lo mismo se puede afirmar en relación con el narcisismo, que aunque vigoriza al *yo*, debe ser objetivo en relación al factor realidad, para que tenga validez en cuanto al fortalecimiento de la estructura. Igualmente podríamos decir de la capacidad de aceptar el dolor, que aunque madura al *yo*, el aprobarlo dentro de la vida humana, nunca debe favorecer al masoquismo. En resumen, podríamos concluir que el *yo* para adquirir fuerza, debe incrementarse en su función sintética y adaptativa.

Un peligro frecuente durante el proceso de la elaboración es la actuación del enfermo. Éste puede ejecutar acciones en lugar de verbalizarlas en el transcurso del tratamiento. Esta situación sucede comúnmente en aquellos pacientes a los que se les impide la oportunidad de expresar lo que surge en su pensamiento.

Aunque algunas actuaciones representan progresos terapéuticos, su significación debe ser interpretada de inmediato con el objeto de conocer su significado dinámico. Es decir, todas ellas son soluciones de problemas psicológicos a través de una acción externa.

LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

El tratamiento moviliza tendencias en favor y otras en contra de la situación analítica, es por ello que Greenson (1974) ha señalado que aunque todas estas fuerzas varían en cuanto a su efectividad y valor, podemos encontrarlas a lo largo del proceso. Este autor las ha enumerado de la siguiente manera:

1. La miseria producida por la neurosis que lleva al paciente a trabajar en el análisis, no importa lo doloroso que éste sea.
2. La parte racional del *yo* que permite comprender la racionalidad de la terapia.
3. El ello y sus derivados que buscan la descarga y aparecen en las producciones del enfermo.
4. La alianza terapéutica que obliga a cooperar con el terapeuta aunque en la relación real, no transferencial, se tengan sentimientos contradictorios hacia él.
5. La transferencia positiva, que permite al paciente sobrevalorar la competencia del analista. La transferencia erótica también induce a una persona al trabajo terapéutico aunque sólo sea temporalmente.
6. La parte racional del *superyo*, que permite cumplir con las obligaciones y deberes del contrato que se ha establecido.
7. La curiosidad y el deseo de autoconocerse.
8. La ambición en todas sus formas.
9. Los factores irracionales tales como los sentimientos competitivos en relación a otros pacientes. La idea de hacer valer el dinero y la necesidad de confesión.

Las fuerzas que se oponen al proceso analítico y que deben ser reducidas a través de la interpretación son:

1. Las maniobras defensivas del *yo* inconscientes que proveen al paciente con las resistencias.
2. El temor al cambio y la búsqueda de la seguridad que hacen retornar a las situaciones ya conocidas.
3. El *superyo* irracional que demanda sufrimiento y la culpa inconsciente.
4. La transferencia hostil que motiva al enfermo a derrotar al terapeuta.
5. La transferencia permanente sexual y romántica, que inclina a los celos, frustración y en última instancia a la hostilidad.
6. Los impulsos masoquistas y sádicos, que llevan al paciente a buscar dolor en el placer.

7. Las tendencias impulsivas que producen actuación en lugar de verbalizar su busca de gratificación en el análisis.
8. Las ganancias secundarias que se obtienen a través de la neurosis.

BIBLIOGRAFÍA

- ARISTÓTELES. *Tratados de Lógica*. Porrúa. México.
- DEVEREUX, G. *Some Criteria for the Timing of Confrontations and Interpretations*. Inter. J. Psychoanal. 32:19-24. 1951.
- FENICHEL, O. *Problems of Psychoanalytic Technique*. The Psychoanalytic Quarterly Publications. Albany, 1941.
- FREUD, S. *Studies on Hysteria*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. II. London, 1893-1895.
- FREUD, S. *The Interpretation of Dreams*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vols. IV y V. London, 1900.
- FREUD, S. *Remembering, Repeating and Working Through*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. XII. London, 1914.
- FREUD, S. *Constructions in Analysis*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. XXIII. London, 1937.
- GREENACKER, P. *Re-evaluation of the Process of Working Through*. Inter. J. Psychoanal. 37:439-444. 1956.
- GREENSON, R. *The Problem of Working Through, en Drives Affects and Behavior*. Ed. Schur, M. International Universities Press. New York, 1965.
- GREENSON, R. *The Technique and Practice of Psychoanalysis*. International Universities Press. New York, 1967.
- GREENSON, R. y WEXLER, M. *The Non-Transference Relationship in the Psychoanalytic Situation*. Inter. J. Psychoanal. 50:27-39. 1969.
- GREENSON, R. *The Theory of Psychoanalytic Technique, en American Handbook of Psychiatry*. Ed. Arieti, S. Basic Books. New York, 1974.
- LOEWENSTEIN, R. *Some Thoughts on Interpretation in the Theory and Practice of Psychoanalysis*. The Psychoanalytic Study of the Child. International Universities Press. Vol. XII. 1957.
- NOVEY, S. *The Principle of Working Through in Psychoanalysis*. J. Amer. Psychoanal. A. 10:658-676. 1962.
- NUNBERG, H. *The Synthetic Function of the Ego, en Practice and Theory of Psychoanalysis*. Nervous and Mental Diseases Publications. New York, 1948.
- PAUL, L. *Psychoanalytic Clinical Interpretation*. Free Press of Glencoe. London, 1963.
- RACKER, H. *Estudios sobre técnica Psicoanalítica*. Paidós. Buenos Aires, 1960.
- SANDLER, J. DARE, CH. y HOLDER, A. *The Patient and the Analyst*. G. Allen Unwin. London, 1973.

CAPÍTULO XXV

FILOSOFÍA DE LA CURACIÓN

El concepto de curar promueve dentro de la Psicopatología problemas filosóficos y éticos, que son de carácter fundamental. Resulta poco probable que encuentre alguna solución al enorme número de preguntas que pueden hacerse en relación con este tema y sin embargo, creo conveniente realizarlas para buscar la verdad que pueda hallarse a través de ella.

La idea de Freud acerca de la mente humana corresponde absolutamente a una situación de la realidad, dentro de una ciencia en desarrollo, que ha logrado indiscutibles avances en el presente siglo. No obstante, me temo que no ha sucedido lo mismo en lo que respecta a los resultados terapéuticos, dado que el Psicoanálisis y sus derivados, parecen haber fallado en su propósito de alcanzar la salud mental en los seres humanos.

Para el individuo común y corriente, la curación de un trastorno psíquico debería ser análoga a la que se realiza ante una lesión física, es decir, si un paciente sufre dolor abdominal con un cuadro de vientre agudo, se consulta a un médico quien apoyándose en su experiencia diagnóstica y las pruebas de laboratorio determinará la enfermedad, como una apendicitis. La operación queda ajustada y se lleva a efecto. Si no surge algún contratiempo, el sujeto se restablece y en unas cuantas semanas vuelve a su vida habitual.

Sin embargo, si un paciente sufre de angustia, depresión o deseos homosexuales, sus síntomas no desaparecen en un corto tiempo y aun si tal cosa sucediera, el problema no reside en ellos, sino en la personalidad total del individuo que los padece, la cual envuelve conflictos en su desarrollo y en los profundos rasgos de carácter que la constituyen.

Es por lo anterior, que los métodos accesorios de tratamiento llamados terapias conductuales, basadas en las teorías del aprendizaje, logran frecuentemente éxitos tempranos eliminando los síntomas. No obstante, la mayoría de los terapeutas de esta índole, muestran escaso interés en el origen de las manifestaciones de sus enfermos y rara vez hacen intentos

por conocer las fantasías inconscientes que se encuentran detrás de los síntomas.

Por ejemplo, si una persona presenta un problema de impotencia sexual, éste puede simplemente ser un signo temporal, que podrá ser removido por medio de una terapia breve ya sea analítica o conductual. Sin embargo, debemos pensar que los signos de impotencia representan simplemente un síntoma de un profundo desorden del carácter, que demuestra que la vida de este individuo se encuentra inhibida y distorsionada en muchas otras áreas. El hombre impotente sufre humillaciones, porque su yo es débil y las intenciones conscientes frente a las mujeres, lo derrotan aun en las condiciones más favorables. Es fácil percibir que aunque el síntoma de la ineficacia en las relaciones sexuales pudiera desaparecer, la cuestión que inevitablemente debemos preguntarnos, es si el individuo llevará a cabo un Psicoanálisis, no tanto como un tratamiento para vencer el conflicto degradante que lo lleva a buscar ayuda terapéutica, sino para encontrar una nueva forma de entender su propia vida.

Existen pocos intentos para medir los resultados del tratamiento por medio de Psicoterapias y la mayoría de ellos han sido desalentadores. En 1952 Hans Eysenk realizó una tabulación de 19 reportes que cubrían 7 mil casos, los cuales abarcaban desde 1927 hasta 1951 y encontró que el porcentaje de curación o mejoría era solamente del 64%. Al compararlo con el alivio espontáneo del 66%, las conclusiones fueron: "que las recuperaciones con diferentes tipos de Psicoterapia, son menores que las que se obtienen naturalmente o por mecanismos reversibles inherentes".

Asimismo se puede afirmar que se conocen pocas tentativas para descubrir las características, si es que existen algunas, de los éxitos que los terapeutas obtienen en su trabajo. En 1954 John Whitehorn y Bárbara Betz estudiaron a los médicos que trataban 48 pacientes esquizofrénicos y que habían alcanzado 75% de mejorías en contraste con otros 52, de los cuales solamente se recuperaron el 27%. Los autores hallaron que los psicoterapeutas que conseguían los mejores resultados habían expresado actitudes personales (contratransferencia) y señalaban límites a la conducta desagradable que permitirían de sus enfermos. En general, los analistas que fracasaron habían tomado posiciones pasivas, no fijaban límites de lo que los pacientes podrían actuar y eran más bien instructivos en sus interpretaciones. Los médicos que obtuvieron los mejores éxitos durante las pruebas psicológicas, tendían a ser abogados y alcanzaban bajos porcentajes en matemáticas; mientras que aquellos que fallaron respondían a las pruebas exactamente al revés.

Según London (1964), la Asociación Psicoanalítica Americana, que obviamente está prejuiciada en favor de su especialidad, realizó un es-

tudio para verificar la eficacia del Psicoanálisis, pero el resultado fue tan frustrante que decidieron no publicarlo.

La muestra de la Clínica Menninger (1972), en la que se evaluó solamente a 42 pacientes, a lo largo de 15 años ofrece pocos datos nuevos, excepto que el esquema estadístico es preciso y el estudio longitudinal constituye un ejemplo de experimentación. Las conclusiones a las que llegaron los autores fueron, que un nivel inicial de fuerza *yoica*, es una indicación de buen pronóstico y aunque este hecho es útil para emplear cualquier tipo de terapia, el Psicoanálisis da máximo nivel de mejorías. Los enfermos con *yo* débil, requieren modalidades de tratamiento que pueden ser modificaciones expresivas o de apoyo.

En el terreno de la práctica, la mayoría de los psicoanalistas consideran su deber no hacer ninguna promesa sobre la curación de un paciente. En parte esto es resultado de que no quieren dar apoyo, pero al mismo tiempo implica que las posibilidades de resolver los problemas de una persona no son predecibles. A medida que un terapeuta adquiere más experiencia, se da cuenta de que los casos que en un principio parecen prometer resoluciones rápidas, prueban ser los más largos y difíciles.

Al intentar probar la eficiencia del Psicoanálisis como un método de tratamiento tanto los adeptos como los críticos se han concentrado en la disminución de los síntomas. Sin embargo, a los pocos meses de iniciado el tratamiento, el terapeuta y el analizado saben que la cuestión de la desaparición de las manifestaciones neuróticas se vuelve cada vez de menor importancia. En el fondo podemos afirmar que cuando el Psicoanálisis se prolonga sus fines no son curar al enfermo, lo cual ha hecho exclamar a Robert Waelder (1960) que él no trata casos, sino que los estudia.

En realidad, los pacientes que se ven hoy en día, ya no pertenecen a una categoría diagnóstica determinada, dado que muestran una mezcla de alteraciones que pueden ser: obsesivas, histéricas o depresivas. Resulta difícil encontrar a un ser humano carente de rasgos esquizofrénicos, lo cual nos obliga a calificar la mayoría de las neurosis como mixtas o caracterológicas. Los enfermos en análisis han recurrido a este tipo de tratamiento debido más que nada, a que se sienten infelices con sus vidas. Casi todos ellos exhiben una gran variedad de síntomas, pero la búsqueda de la terapia proviene de una existencia desdichada. Esta situación es difícil de definir como una enfermedad, puesto que solamente una pequeña parte de la población busca el tratamiento por procedimientos psicológicos. En última instancia podríamos incluso afirmar, que si no sabemos a ciencia cierta si un individuo era anormal antes de la terapia, cómo podremos determinar que se recuperó después de haberla llevado a cabo.

Al principio de sus descubrimientos, Freud pensó que al desenmascarar un suceso traumático temprano e interpretarlo, se produciría la curación de un paciente, pero pronto se dio cuenta de que la idea era ingenua. A comienzos del siglo la técnica fue enfocada al encuentro de las resistencias y para lograr superarlas era necesaria una intensa relación médico-paciente: la transferencia. Es indudable que la innovación práctica que se consiguió por este procedimiento fue la utilización de la autocrítica. Pero hoy en día, todavía no sabemos con seguridad si la conquista de esta última situación conduce al éxito en el tratamiento. Los esquizofrénicos muestran con frecuencia una capacidad ilimitada para investigar en sí mismos ciertas reconstrucciones históricas, sin embargo, son escasas las metas terapéuticas que se logran con ellos, debido a que a menudo no pueden repetir las emociones que acompañaron a la autocrítica.

Si examinamos el desarrollo del ser humano, algunas personas podrían pensar que la idea de la curación reside en alcanzar la plena genitalidad, no obstante la circunstancia de conseguirla es difícil de ser medida y en ocasiones nos hallamos ante la dificultad de dilucidar si la genitalidad obtenida resulta falsa o auténtica. Algunos individuos para reducir su inferioridad sexual aparentan y a veces logran numerosos orgasmos que carecen de significado. Asimismo podemos decir de otra serie de conceptos como el de madurez emocional, autorrealización e integración adaptativa.

Tal vez, el único elemento que permanece estimable para valorar el resultado del tratamiento es el de la fuerza del yo. Algunos elementos para hablar en favor de una estructura fortalecida por medio del Psicoanálisis serían: 1. Vida instintiva de acuerdo con el medio externo (idea de la neutralización de Hartman); 2. Narcisismo de acuerdo con la realidad externa; 3. Cierta tolerancia al displacer; 4. Dominio sobre la angustia; 5. Una función sintética y la elaboración de las contradicciones; 6. Mecanismos de defensa que sean adaptativos; 7. Armonía con el *superyo*, y 8. Elementos de identificación que favorezcan el crecimiento.

Por el contrario, un fracaso terapéutico residirá en una debilidad del yo, que puede caracterizarse por: 1. Dominio de la vida instintiva contra la realidad; 2. Megalomanía y huida de la verdad en excesos de autoestima; 3. Masoquismo; 4. Exceso de angustia; 5. Falta de la función sintética. No habrá fusión, ni unidad o reconciliación dentro de la estructura psíquica; 6. Presencia de síntomas; 7. Culpa excesiva o por el contrario actitudes inmorales, y 8. Compulsión a la repetición e identificaciones inadecuadas con objetos parciales.

Aunque esta guía puede resultar útil como planteamiento teórico, podemos concluir en cuanto a este aspecto que el Psicoanálisis ha sido

criticado y con cierta razón, por perseguir un estado ideal de salud mental, que ningún ser humano ha logrado jamás.

Si un individuo busca encontrarse a sí mismo y no simplemente reducir sus síntomas, el problema profundo se convierte en una discusión filosófica, puesto que inmediatamente trae a nuestra mente una serie de preguntas para las que no existe respuesta: ¿qué es la felicidad?, ¿hasta que punto podemos permitirnosla?, y ¿si nuestro bienestar debe provocar la falta de prosperidad de los demás?

En relación a todas estas interrogantes, Freud escribió *El malestar en la cultura* en 1930, tomando un punto de vista que podríamos considerar pesimista. En esta obra el descubridor del Psicoanálisis concluye que resulta casi imposible el logro del placer por la vía instintiva, ya que los avances de la civilización nos lo impiden; resulta por ello que el hombre ha buscado diferentes técnicas para desviar su intensa frustración: la intoxicación por medio de sustancias químicas que lo conducen al alcoholismo y la drogadicción. El uso de desplazamientos de la energía sexual que lo llevan a la sublimación, mecanismo que aunque es positivo, coarta los impulsos. La creación de ilusiones que posteriormente se constituyen en las religiones y por último la huida de la realidad que lo dirige a la esquizofrenia.

Naturalmente que el pensamiento de Freud iba dirigido a la situación de desequilibrio de los instintos. Si el hombre ha sido separado de la satisfacción de los impulsos debido al incremento de la cultura, debemos conocer lo que estas fuerzas biológicas son y significan. Sin embargo, el número de ellas y su naturaleza permanece todavía en discusión para la mayoría de los autores. Algunos como Birney y Teevan (1961), Lorenz (1961 y 1966) y Fletcher (1968), sostienen cinco instintos como primarios: la nutrición, el sexual y reproductivo, el dormir, las relaciones sociales y el cuidado de la superficie corporal. Lorenz y otros autores discuten la existencia de un instinto agresivo, aunque este último continúa siendo objeto de controversia para algunos biólogos.

De todas maneras hoy en día estamos seguros de que la esquizofrenia se produce en el aislamiento afectivo, y la homosexualidad que es un desorden en la satisfacción del instinto, se vuelve permanente en ciertas especies animales, cuando se manipula su ambiente. Las investigaciones llevadas a cabo por Wynne-Edwards (1962) sobre estos temas parecen confirmar varios de los postulados e hipótesis psicoanalíticas y sin embargo, aunque la neurosis sea el resultado de una privación instintiva causada por el desarrollo de la civilización, habría que probar primero si el proceso de reconectar los impulsos con los objetos, lograrían los cambios intrapsíquicos que deseamos.

La mayoría de los analistas piensan con cierta razón que la transferencia es la clave del proceso de la curación. Aunque una persona enajenada, se ve imposibilitada para comunicarse con los demás debido a su culpa, humillaciones recibidas o suspicacia; no revela su verdadero yo ante los otros, por temor a no ser aceptada. Es en la relación terapéutica, ante una persona que no recomienda nada, ni dirige apoyo alguno, donde se restablecen las conexiones que se habían perdido del pasado, pero ahora con un analista que actúa de una manera neutral. Si los enlaces con lo pretérito son restablecidos, el analizado no necesitará preguntar qué es lo que debe hacer o cómo puede conducirse, dado que sabrá en lo profundo de su mente cuál será la dirección a tomar en su propia vida.

Los seres humanos no existen aislados, el hombre es un ente social y su concepto de la individualidad depende de sus relaciones con los objetos. De allí que éstos constituyan un signo pronóstico invaluable, no obstante, cuando queremos estimar el resultado de un tratamiento a través de la situación que ahora guardan las relaciones objetales, sufrimos numerosas decepciones. Como señala Tarachow (1964): "Resulta más fácil describir qué es una mala relación de objeto, que representar una buena." Aunque esta opinión me parece acertada, la solución al conflicto entre los seres reside en establecer correspondencia entre dar y al mismo tiempo recibir. Si el individuo ha logrado un balance al terminar su análisis las consecuencias de éste han sido positivas.

Aunque hemos discutido el problema de si el Psicoanálisis cura o no, queda una cuestión a discernir: ¿puede la terapia hacer daño a alguien?

En el fondo la respuesta es no. Algunos casos de psicosis que se desencadenan en el tratamiento, son más que nada situaciones latentes que estallan de improviso. El libro de Balt, *By reason of insanity*, es un ejemplo de lo anterior.

La idea de la dependencia exagerada del psicoanalista, aunque sucede en numerosos casos no puede ser absolutamente válida, dado que de todas maneras lo serían de otro objeto y en la situación de la terapia la adhesión lleva a los analizados a confiar más en ellos mismos y a hallar mejores soluciones en su existencia.

La otra objeción frecuentemente realizada por individuos creativos de que pudieran perder su productividad carece también de bases, puesto que el Psicoanálisis piensa que las raíces de la creatividad se encuentran en los instintos y la terapia lleva a la persona a ganar contacto con los impulsos; consecuentemente sus concepciones originales forzosamente deberán aumentar.

En conclusión el Psicoanálisis no puede resolver los problemas impli-

bitos en el vivir, sin embargo, a menudo reduce la angustia y permite que las gentes existan y trabajen más efectivamente.

LOS VALORES Y EL PSICOANÁLISIS

En 1915, Freud se preguntaba: "¿Por qué la gente analizada debiera ser mejor que los demás? El Psicoanálisis busca la unidad, pero no necesariamente la bondad." Sin embargo, aun en el tratamiento más ortodoxo es raro el terapeuta que en un determinado momento no expresa implícitamente un juicio valorativo acerca de ciertos aspectos de la personalidad de un paciente. La misma permisividad de la fantasía a través de la libre asociación produce en el terapeuta una apreciación estimativa que el analizado capta, puesto que sus elementos son sometidos a la idea de: "esto es bueno o es malo".

La interpretación del psicoanalista es básicamente una traducción que puede encerrar cierta crítica. El enfermo tiene que abandonar un síntoma o una resistencia que lo despojan de sus impulsos infantiles. El procedimiento técnico es indudablemente una evaluación en los casos de conducta antisocial.

Según Hartman (1960) el pensamiento moral de Freud se asemejaba al de los filósofos estoicos que hacían énfasis en la integridad intelectual por medio del enfrentamiento con la realidad. El psicoanalista vienés era un admirador de la moralidad autónoma e independiente. Freud despreciaba la tendencia de determinadas personas al compromiso, para obtener alguna ventaja.

Para Hartman el *superyo* es el elemento fundamental en los valores morales del hombre. Sin embargo, esta estructura es sumamente vulnerable a los impulsos, especialmente a los agresivos. Este instinto es capaz de destruir el sistema ético del individuo y tornarlo delincuente o bien a buscar castigo. En última instancia inclinarlo a ambas situaciones a la vez.

El mismo autor puntualiza que el conocimiento de los valores morales es una experiencia de la vida, que está codificada por la sociedad que nos rodea. El individualismo se halla siempre amenazado por el grupo social que nos encierra, pero el sujeto por medio del análisis deberá realizar sus ideales e imperativos. Ello trae el sentimiento final de: "ser uno con uno mismo".

Hartman sugiere que la búsqueda de los valores auténticos o genuinos es básica en el análisis y añade: "Cuando un individuo o cultura alcanza estos factores dinámicos morales internamente, establece su verdadera personalidad."

Resulta interesante señalar aquí que por muy ligeramente que tratemos las circunstancias que vivimos actualmente, estamos observando numerosos cambios y transformaciones en los valores que había establecido el ser humano a lo largo de los tiempos. Por ejemplo, consideremos el aspecto aparentemente trivial de que las mujeres se atavien con pantalones. El hecho marca una participación cada día mayor del sexo femenino en las conmociones sociales y representa una afirmación de que el hombre, que hasta aquí había sido tenido por dueño del mundo, se ve obligado a reconocer que no será en el mañana el antiguo amo por el solo hecho de ser varón. La situación de que su significación en el rango social sea puesta en tela de juicio es muy importante, porque resulta dudoso que el sexo masculino renuncie voluntariamente a la situación privilegiada que ha disfrutado durante siglos. En consecuencia es fácil prever un conflicto profundo entre el hombre y la mujer, no sólo desde el punto de vista estético, sino también con repercusiones psicobiológicas.

Es un aspecto ya dilucidado como hemos señalado en otro capítulo que la homosexualidad se ha manifestado abiertamente en el arte, la ciencia y la vida en general. Uno se siente intrigado acerca de los cambios y consecuencias que cabe esperar en cuanto a la moral sexual y sobre todo de las relaciones familiares como resultado de los diferentes conflictos que venimos señalando.

Por otra parte los valores culturales están sometidos a las estructuras económicas y políticas y carecen de un control individual consciente. La moral, como mostraba Freud, es una manera de detener el movimiento del odio, que resulta peligrosa si se aplica estrictamente, puesto que el impulso agresivo no puede crearse o dirigirse voluntariamente.

Los movimientos de protesta de la gente joven son resultado de las tensiones que han surgido entre las demandas de la sociedad para adaptarlos a una situación hasta cierto punto injusta y los deseos de la juventud para cambiar las ideologías y estructuras sociales en los diferentes países. Este hecho no puede ser explicado simplemente como señalara S. Ramírez en 1969, como un conflicto edípico o preedípico, sino que tiene bases más profundas que pueden tal vez ser encontradas en una conciencia que se vuelve colectiva para protestar en nombre de los no-privilegiados. La reprobación de la sociedad sirve a una descarga de los impulsos agresivos acumulados por el displacer.

Los cambios que se han ido operando en la sociedad actual en cuanto a los valores son tan fantásticos que tal vez vale la pena enumerar las pocas cosas que no se han transformado desde hace miles de años. Es decir, todavía comemos, dormimos, amamos y odiamos, seguimos tratando de

resolver nuestras necesidades biológicas, pero todo lo demás en nuestra sociedad ha ido cambiando.

El hombre que es agresivo y egoísta se ha obstinado en crear un capitalismo con una producción masiva que fragmenta al ser humano creando una sociedad injusta. Además, a partir de la segunda Guerra Mundial la ambición se ha generalizado y existe una tenacidad de los millonarios en creer que se llevarán consigo su dinero.

En el fondo el capitalismo ha intentado adaptarse a las nuevas condiciones de lucha entre los dos sistemas sociales, pero a pesar de todas sus modificaciones la naturaleza del sistema sigue siendo la misma: la explotación del hombre por el hombre que engendra antagonismo y frustración.

Sin embargo, el problema de la agresividad humana es permanente y es por ello que Freud señalaba en 1930, la imposibilidad de vencerlo por medio del socialismo cuando escribía: "Los comunistas creen que han encontrado el camino para extirpar nuestros demonios. De acuerdo con ellos, el hombre en su totalidad es bueno y está dispuesto a ayudar a su vecino, pero la institución de la propiedad privada ha corrompido su naturaleza. El dominio de la riqueza le da al individuo poder y con ello el deseo de maltratar a las personas cercanas; mientras que el hombre que está excluido de las posesiones se rebela hostilmente contra su opresor. Si la propiedad privada fuera abolida, toda la riqueza guardada en común y la gente tuviera la posibilidad de compartirla y gozarla, la mala voluntad y la hostilidad desaparecerían entre los hombres. En vista de que las necesidades personales serían satisfechas, nadie miraría a los demás como enemigos y absolutamente todas las personas harían los trabajos que fueran necesarios."

"No me concierne a mí criticar el sistema económico del comunismo. No sé tampoco si la abolición de la propiedad privada es conveniente o ventajosa, pero soy capaz de reconocer que las premisas psicológicas en las cuales el sistema está basado son ilusiones insostenibles. Al abolir la propiedad privada usurpamos a los seres humanos de uno de los instrumentos de la agresión, ciertamente uno fuerte, aunque no el más potente, pero no hemos alterado las diferencias e influencias que son mal utilizadas por la agresión, ni hemos cambiado su naturaleza. La agresión no fue creada por la propiedad, sino que reinó sin límite en tiempos primitivos cuando la posesión era escasa y aparece aun en la época de la crianza antes de que la retención tome su forma en la fase anal; es decir, la agresión existe como base de cualquier relación de afecto y amor entre las personas (con la sola excepción de la relación de la madre con su hijo). Si separamos los derechos personales sobre la riqueza material,

existe aún la prerrogativa en el campo sexual, que está confinada a convertirse entonces, en el máximo desagrado y violenta hostilidad entre los hombres que en todo lo demás estarán en igualdad de circunstancias. Si aun llegamos a quitar este factor, permitiendo la completa libertad sexual, aboliendo la familia la cual constituye la célula germinal de la civilización, no podemos, prever qué nuevos caminos de desarrollo tomará la cultura, pero una cosa podemos esperar y esto es que las características destructivas de la naturaleza humana estarán aún allí."

BIBLIOGRAFÍA

- BALT, J. *By Reason of Insanity*. The New American Library. New York, 1966.
- BIRNEY, R. y TEEVAN, R. *Instinct*. Van Nostrand. Princeton, 1961.
- EYSENCK, H. *The Effects of Psychotherapy*, en *The Experimental Study of Freudian Theories*. Methuen Co. London, 1973.
- FENICHEL, O. *Ego Strength and Ego Weakness*, en *The Collected Papers*. Second Series. Norton. New York, 1938.
- FLETCHER, R. *Instinct in Man*. Unwin University Books. London, 1968.
- FREUD, S. *Carta a J. J. Putnam*, en *Life and Works of Sigmund Freud*, por Jones, E. The Hogarth Press. London, 1915.
- FREUD, S. *Civilization and its Discontents*. Standard Edition. The Hogarth Press. Vol. XXI. London, 1930.
- HARTMAN, H. *Psychoanalysis and Moral Values*. International Universities Press. New York, 1960.
- KERNBERG, O., BERNSTEIN, E., COYNE, L., APPLEBAUM, A., HORWITZ, L. y VOTH, H. *Psychotherapy and Psychoanalysis*. Bulletin of the Menninger Clinic. Topeka, 1972.
- LONDON, P. L. *The Modes and Modals of Psychotherapy*. Holt Rinehart Winston. New York, 1964.
- LORENZ, K. *King Solomon's Ring*. Methuen Co. London, 1961.
- LORENZ, K. *On Aggression*. Methuen Co. London, 1966.
- NUNBERG, H. *The Synthetic Function of the Ego*, en *Practical Theory of Psychoanalysis*. Nervous and Mental Publications. New York, 1948.
- POST, S. *Moral Values and the Superego Concept in Psychoanalysis*. International Universities Press. New York, 1972.
- RAMÍREZ, S. *Panel on Protest and Revolution*, en el Congreso de Roma en 1969. Inter. J. Psychoanal. 51:211-218. 1970.
- RYCROFT, CH. *Psychoanalysis Observed*. Constable. London, 1966.

- TARACHOW, S. *An Introduction to Psychotherapy*. International Universities Press. New York, 1964.
- WAELDER, R. *Basic Theory of Psychoanalysis*. International Universities Press. New York, 1960.
- WHITEHORN, J. y BETZ, B. *A Study of Psychotherapeutic Relationships between Physicians and Schizophrenic Patients*. Amer. J. Psychiat. 111: 321-331. 1954.
- WYNNE-EDWARDS, V. *Animal Dispersion in relation to Social Behavior*. Oliver Boyd. Edinburg, 1962.

ÍNDICE DE NOMBRES

- Abraham, Karl, 23, 41, 54, 88, 93, 94, 95,
 96, 116, 214, 215, 232, 252, 516
 Adler, Alfred, 22, 23, 77, 265
 Aichorn, Gustav, 142
 Akerfeldt, S., 154
 Alas "Clarín", Leopoldo, 11
 Albemarle, Earl de, 229
 Alejandro "El Magno", 13, 14, 226
 Alexander, Franz, 23, 241, 245, 248, 254,
 316, 320
 Alfonso X "El Sabio", 63
 Allen, Theodore, 177
 Allison, George, 11
 Allport, Gordon, 59
 Álvarez, Asunción, 310
 Ana de Austria, 228
 Ana de Dinamarca, 228
 Aníbal, 177
 Arieti, Silvano, 132
 Ariosto, 228
 Aristófanés, 62, 162
 Aristóteles, 6, 14, 287, 328
 Arlow, Jacob, 24, 37, 39, 141, 246, 263,
 296
 Artemidoro, 293
 Asclepiades, 15
 Averroes, 17
 Avicena, 16
 Axelrad, Sidney, 187

 Bacon, Catherine, 249
 Baglivi, 127, 128
 Balt, John, 344
 Balzac, Honore, 11
 Barzini, Luigi, 70
 Beach, Franck, 60
 Beard, George, 76, 129
 Beaumont, William, 249
 Bellack, Leopold, 160, 289
 Benedeck, Therese, 47, 217
 Beres, David, 105
 Bergen, J., 154
 Bernard, Claude, 8, 241
 Bernard, Luther, 29
 Berne, Eric, 266
 Bernfeld, Siegfried, 213, 331
 Bernheim, Hyppolyte, 8, 9
 Betz, Bárbara, 340
 Bichat, Xavier, 7
 Bichowsky, Gustav, 233
 Bieber, Irving, 234, 235
 Bieber, Toby, 236
 Billoth, Theodore, 101
 Birney, R., 343
 Blake Cohen, Mabel, 9, 95, 270
 Blank, R., 299
 Bleuler, Eugen, 22, 118, 125, 142, 151,
 152, 156, 157, 219
 Blum, Harry, 317
 Bonaparte, Marie, 68
 Bonaparte, Napoleón, 70, 229
 Bornstein, Bertha, 48, 49
 Borman, Martin, 187
 Bosch, Hyeronimus, 145
 Bowlby, John, 92
 Boyer, Bryce, 144, 263
 Brady, Joseph, 244
 Braiman, D., 131
 Brancy, R., 343
 Brenman, Eric, 105
 Brenner, Charles, 24, 37, 39, 141, 263, 296
 Breuer, Joseph, 9, 10, 102, 103, 105, 108,
 239
 Briquet, Paul, 101
 Brücke, Ernst, 9, 22
 Bruch, Hilde, 250, 251
 Brühel, Peter, 145
 Bruto, 177
 Bumke, Oskar, 21, 131

- Burton, Robert, 18
 Byron, Lord George, 146
- Calef, Victor, 299, 317
 Calvino, 294
 Cannon, Walter, 134, 240, 241
 Capgras, J., 132
 Carother, J., 126, 128, 153
 Carr, Robert, 228
 Catalina de Médicis, 228
 Cerletti, Ugo, 271
 César, Julio, 227
 Charcot, Jean Martin, 8, 9, 21, 101, 105
 Charpentier, F., 267
 Chodoff, P., 126
 Chopin, Frederick François, 146
 Clarck, M., 268
 Clarck, Stanley, 23
 Clemente VII, 228
 Cleomenes I, 12
 Cleopatra, 62, 177, 227
 Cobb, Stanley, 125
 Cohen, Mandel, 269
 Coleman, J., 269
 Colette, 236
 Colón, Cristóbal, 17, 78
 Constantino, 16
 Copérnico, Nicolás, 17, 78
 Cotard, Jules, 132
 Cremerius, J., 251
 Cullen, William, 16
 Curio, 227
- Dante, Alighieri, 63
 Darío, 162
 Darnley, Lord Henry, 228
 Davidson, G. M., 132
 Davis, D., 162
 De Gramont, Sanche, 70
 Dement, William, 292
 Demócrito, 15, 293
 Descartes, Renée, 18
 Despert, Louise, 154
 Deutsch, Felix, 240
 Deutsch, Helen, 68, 236
 Dickens, Charles, 11
 Dostoiwsky, Feodor, 11, 78, 146, 191, 232
 Dunbar, Flanders, 241
 Durant, Willy, 61, 62, 226, 228
- Eça de Queiroz, José María, 11
 Edelstein, Leo, 6
 Einstein, Albert, 65
- Ellis, Havelock, 200, 294
 Engel, George, 242, 254
 Enrique II de Francia, 100, 228
 Enrique III de Francia, 228
 Erasistrato, 14
 Erikson, Erik, 23, 43, 48, 52, 54, 55, 59, 70, 197, 283, 298
 Esculapio, 13, 293
 Esmach, F., 20
 Esquilo, 162
 Esquirol, Jean Dominique, 15, 19, 113, 149
 Eunós, 227
 Eurípides, 62, 162
 Eysenk, Hans, 340
- Fairbairn, Ronald, 24, 104, 105
 Faeret, Jean, 19
 Federico II de Prusia, 17, 229
 Federn, Paul, 37, 211
 Felipe II, 7
 Felipe IV, 227
 Fenichel, Otto, 34, 46, 48, 53, 80, 84, 249, 333
 Ferdinandus, 127, 128
 Ferenczi, Sandor, 22, 23, 44, 108, 115, 215, 233, 240, 316
 Fischer, Charles, 299
 Flaubert, Gustave, 11
 Flechsig, Paul Emil, 137, 138
 Fleische von, Ernst, 213, 214
 Fletcher, Ronald, 29, 343
 Fliess, Robert, 104, 147, 214, 230
 Fodor, N., 42
 Ford, Clellan, 60
 Fox, Ruth, 218
 Fraiberg, Susan, 52
 France, Anatole, 11
 Frank, Jan, 145
 French, Thomas, 248
 Freud, Anna, 23, 37, 51, 52, 53, 303, 304, 305, 306, 307
 Freud Martha, 9, 213
 Freud, Sigmund, 1, 2, 3, 9, 10, 11, 12, 18, 21, 22, 23, 24, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 41, 42, 47, 53, 54, 65, 66, 67, 68, 70, 74, 75, 76, 77, 80, 81, 82, 83, 88, 89, 94, 95, 101, 102, 103, 104, 105, 108, 114, 115, 118, 129, 130, 134, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 146, 147, 151, 162, 172, 173, 174, 176, 184, 185, 191, 198, 200, 213, 214, 217, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 239, 240, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 265, 271, 287, 288, 294,

- 295, 296, 297, 298, 299, 302, 303, 305,
 306, 307, 314, 315, 316, 319, 322, 323,
 327, 328, 332, 339, 342, 343, 345, 347,
 348
 Friedman, Paul, 246
 Fromm, Erik, 55, 78, 265, 300
 Fromm Reichman, Frieda, 154, 321

 Galeno, 6, 7, 15, 16, 100
 Galileo, 17, 78
 Galton, Francis, 146, 287, 288
 Ganser, Sigbert, 131
 Gardner, G. E., 162
 Garma, Ángel, 245, 297, 299
 Gerard, Margaret, 242
 Gey, G., 174
 Gide, André, 229
 Gillespie, R. D., 87, 131
 Giovacchini, Peter, 263
 Gitelson, Maxwel, 321
 Glueck, Eleanor, 187
 Glueck, Sheldon, 187
 Glover, Edward, 304, 321
 Godwin, William, 36
 Goebbels, Joseph, 177
 Goering, Herman, 187
 Goethe, Wolfgang, 146
 Gogol, Nicolás, 11
 Gogh van, Vincent, 146
 Goya, Francisco, 145
 Green, André, 105
 Greenacre, Phylis, 333
 Greenson, Ralph, 83, 143, 144, 191, 263,
 284, 307, 308, 310, 318, 321, 333, 336
 Griesinger, Wilhelm, 19, 20, 35, 76, 87,
 130, 294
 Grinker, Roy, 242
 Groddeck, Georg, 36, 240
 Guarnier, Enrique, 252, 310
 Guillermo III de Inglaterra, 229
 Gun, Nerin, 187
 Gutheil, Emil, 252

 Hacket, T., 225
 Hadley, F., 100
 Hall, Calvin, 297
 Hardy, Thomas, 11
 Harlow, Harry, 250, 251
 Hartman, Heinz, 23, 26, 37, 43, 53, 139,
 140, 145, 146, 157, 289, 306, 342, 345
 Harvey, William, 17
 Harun, 227
 Hatshepsut, 62

 Hatterer, L. J., 235
 Heath, R. G., 153
 Hecker, Ewald, 21, 129, 150
 Hegar, Alfred, 100
 Heiman, Pola, 103, 116, 321
 Heine, Heinrich, 146
 Heinroth, Johan, 18
 Hemingway, Ernest, 177
 Henderson, David, 131
 Hendin, Herbert, 126, 175, 178
 Hephaestion, 226
 Heráclito, 293
 Herodoto, 62
 Herofilo, 14
 Hess, Rudolph, 189
 Hipócrates, 14, 76, 80
 Hitler, Adolph, 177, 229
 Hoch, Paul, 145
 Hoffer, Willi, 43, 307
 Homero, 225
 Horacio, 226
 Horney, Karen, 55, 67, 68, 265
 Hushka, Mabel, 46, 116
 Huxley, Julian, 186

 Ibsen, Henrik, 11, 69
 Ikhnaton, 24
 Imhotep, 13
 Isaac, Susan, 47

 Jacobson, Edith, 91, 92, 93, 94, 95, 186
 Jackson, Don, 155
 Jaime I, 228
 Janet, Pierre, 9, 80, 101, 114, 129
 Jaspers, Karl, 99
 Jessen, Manfred, 20
 Jesucristo, 62
 Jetter, L., 219
 Johnson, Adelaide, 186, 187
 Johnson, Samuel, 58
 Johnson, Virginia, 60
 Jones, Ernest, 22, 23, 29, 35, 55, 103, 115,
 172, 187, 233, 236, 288, 299
 Jones, Maxwel, 270
 Julio II, 228
 Jung, Karl Gustav, 22, 23, 55, 151, 265,
 300
 Juvenal, 226

 Kafka, Franz, 123
 Kagan, Jerome, 59
 Kahlbaum, Karl Ludwig, 21, 150, 162
 Kainz, Joseph, 229

- Kallman, Franz, 95, 153
 Kant, Emanuel, 218
 Kasanin, Jacob, 154
 Kepler, Johan, 17
 Kernberg, Otto, 144, 145, 321, 323, 341
 Kierkegaard, Sören, 77
 Kinsey, Alfred, 235
 Kirby, G., 275
 Klauber, John, 298
 Klein, Melanie, 24, 43, 44, 68, 82, 89, 90,
 91, 92, 93, 94, 95, 103, 142, 200, 212,
 233, 317
 Kleitman, Nathan, 292
 Kline, Nathan, 268
 Knight, Robert P., 143, 216
 Kohut, Heinz, 308
 Köller, Karl, 213
 Kortein, Herbert, 268
 Korsakow, Serguei, 220
 Kraepelin, Emil, 20, 76, 80, 87, 95, 96,
 125, 142, 150, 151, 176
 Krafft-Effing von, Richard, 21, 230
 Kris, Ernest, 43, 260, 290
 Kubie, Lawrence, 284, 285
 Kuhn, R., 268

 Laborit, Henri, 267
 Lachaux, Reboul, 131
 Lampl de Groot, Jan, 50, 197, 236
 Landowska, Wanda, 209
 Lange, Jan, 87
 Laseque, C., 162
 Laubscher, B., 128
 Laycock, T., 101
 Law Whyte, Lancelot, 18
 Leibnitz, Gotfried Wilhelm, 18, 146
 Leonardo da Vinci, 7, 23, 228, 230, 231
 Lepois, Charles, 100
 Lewis, A., 161
 Liberman, David, 118
 Lieubault, Ambroise, 8
 Lidz, Theodore, 153, 155
 Linn, L., 299
 Locke, John, 35, 80, 184, 287
 Loewald, H., 317
 Loewenstein, R., 43, 331
 Lolli, G., 217
 London, Jack, 177
 London, P., 340
 López Ballesteros, Luis, 2
 Lorand, Sandor, 321
 Lorenz, Konrad, 343
 Lowen, Alexander, 266

 Lowenfeld, A., 129
 Lozowsky, D., 154
 Luis II de Baviera, 229
 Luis XIII de Francia, 228
 Lutero, 294
 Lyscibus, 226

 Macalpine, Ida, 317
 McFadden, E., 250
 Mack Brunswick, Ruth, 68
 Mahl, George, 154, 245
 Mahler, Margaret, 139
 Maimónides, 17
 Mann, Thomas, 187
 Marcial, 226
 Marco Antonio, 177, 227
 Marco Aurelio, 15, 100
 Margolin, Sidney, 224
 Maria Estuardo, 228
 Marlowe, Christopher, 228
 Marmor, Judd, 104, 105, 235
 Marx, Karl, 65, 347
 Masters, William, 60
 Maudsley, Henry, 21
 Maupassant, Guy, 146
 Maury, Alfred, 294
 Meduna von, Ladislao, 271
 Mendelson, Myer, 91
 Menninger, Karl, 175, 269, 275, 283, 321
 Merloo, Joost, 217
 Mesmer, Friedrich Anton, 8
 Meth, J. M., 132
 Meyer, Adolph, 275
 Meynert, Theodore, 9, 21, 36
 Meza, César, 144
 Michels, Robert, 229
 Miguel Ángel, 228
 Mitchell, Weir, 200
 Mirsky, Arthur, 244
 Moctezuma, 200
 Mohamed V, 17
 Moisés, 24
 Money, John, 58
 Money, Kyrle R., 323
 Montaigne, Michel de, 18
 Montoya, Blanca, 310
 Moore, R. A., 162
 Moreau, Jacques, 19
 Morel, F. Benedicte, 19, 150
 Morgagni, Battista, 7, 15
 Mowrer, O. H., 78
 Mozart, Wolfgang Amadeus, 146
 Mushenko, B. P., 154

- Nabucodonosor, 12
 Namnum, Alfredo, 105, 187, 198
 Nerón, 13, 227
 Nietzsche, Frederick, 36, 212
 Nightingale, Florence, 64, 146
 Noble, Donald, 104
 Novey, S., 333
 Nunberg, Herman, 35, 316, 335
 Nuwas, Abu, 227

 Oppler, David, 28, 129, 162
 Orr, Douglas, 321
 Ortega y Gasset, José, 2
 Ounsted, P., 69

 Pablo, San, 62
 Pardo Bazán, Emilia, 64
 Paré, Ambroise, 17
 Pereyra, Carlos, 156
 Pérez Galdós, Benito, 11
 Petronio, 227
 Pfister, Oskar, 322
 Piaget, Jean, 45, 49, 50
 Pinel, Phillipe, 18, 19, 87, 130, 149
 Platón, 6, 14, 35, 62, 99, 100, 226, 293
 Plutarco, 226
 Poe, Edgar Allan, 147
 Polatin, P., 143
 Pollin, W., 153
 Preu, P., 275
 Priestley, John Boyton, 11
 Proust, Marcel, 249

 Quevedo, Francisco de, 187

 Racker, Enrique, 321, 328
 Rado, Sandor, 83, 93, 94, 95, 215, 216, 233, 235, 316
 Ramírez, Santiago, 71, 347
 Rangell, Leo, 142
 Rank, Otto, 41, 42, 77
 Rapaport, David, 289
 Rappaport, Ernest, 83
 Raskovsky, Arnaldo, 42
 Reich, Anna, 321, 322
 Reich, Wilhelm, 53, 252, 266, 316, 320
 Reik, Theodore, 328, 330
 Reiser, R. S., 247
 Rey Ardíd, Ramón, 2
 Rhazes, 16
 Richardson, Franck, 229
 Richter, C., 254, 255
 Riviere, Joan, 91

 Roazen, Paul, 263
 Robbins, Ely, 176, 217
 Rogers, Carl, 266
 Roehm, Ernest, 229
 Romberg, Sigmund, 100
 Rosenbaum, M., 299
 Rosenfeld, Herbert, 218, 263, 321
 Rosenman, Ray, 218, 246
 Rosenthal, Ludovico, 2
 Rosner, S., 289
 Rueda, Santiago, 2
 Ruiz Castillo, José, 2
 Rush, Benjamín, 130
 Ruskin, John, 146

 Sachs, Hans, 316
 Safo, 236
 Sagan, Françoise, 52
 Sand, George, 64
 Saul, Leon, 245, 249, 255, 321
 Saussure de la, Raymond, 236, 328
 Schafer, Roy, 303, 310
 Schopenhauer, Arthur, 173
 Schmideberg, Melitta, 144
 Schneider, Jean, 246
 Schubert, Franz, 146
 Schuman, Robert, 146
 Selzer, M. L., 162
 Selwyn, George Augustus, 228
 Selye, Hans, 243
 Seneca, Lucio Anneo, 11, 146
 Shakespeare, William, 28, 69, 228
 Shelley, Mary, 64
 Shelley, Percy, 64
 Sillman, Leonard, 216, 217
 Simmel, Ernest, 215, 216
 Singer, W., 155
 Sjöback, H., 307
 Smetana, Bedrich, 146
 Smith, Adam, 229
 Socarides, Charles, 235, 236
 Sócrates, 228
 Sófocles, 35
 Solón, 226
 Sperling, Melitta, 245, 246
 Spiegel, Leo, 52
 Spitz, Renee, 23, 27, 42, 43, 45, 59, 92, 186
 Sporus, 227
 Sathl, Ernest, 18
 Stekel, Wilhelm, 22, 23, 252, 300
 Stendhal, Henri Beyle, 11, 52
 Stern, Adolph, 142

- Stone, Leo, 264, 317
 Strachey, James, 3, 317, 329
 Strindberg, August, 11, 146
 Storer, Horatio, 100
 Stuart Mill, John, 287
 Suetonio, 227
 Sullivan, Harry Stack, 49, 303
 Sutherland, Jan, 49
 Sydenham, Thomas, 100, 101
 Szureck, S. A., 186, 187

 Tarachow, Sidney, 118, 264, 308, 344
 Tauber, S., 299
 Teevan, R., 343
 Teresa de Ávila, Santa, 63
 Thaler, N., 247
 Thomas, André, 15
 Tiberio, 12
 Tietze, Trude, 154
 Tolstoi, León, 11
 Tomás de Aquino, Santo, 294
 Tower, L., 300
 Tucídides, 62
 Turgueniev, Iván, 11
 Turnbull, J. W., 243

 Veraguth, A., 96
 Verlaine, Paul, 229
 Vesalio, Andrea, 7, 17
 Virchow, Rudolph Ludwig, 7, 19
 Virgen María, 62
 Voltaire, 229

 Waelder, Robert, 296, 341
 Waldeyer, Wilhelm, 10
 Weed y Haller, 297
 Weiner, H., 131
 Weininger, Otto, 71
 Weinstock, H., 83
 Weisman, A., 255
 Weissman, A., 173, 174
 Welles, Orson, 128
 Westphal, Karl, 21, 80, 114
 Wexler, Milton, 263
 Whitehorn, John, 340
 Whitman, R., 300
 Wilde, Oscar, 146, 229
 Winnicott, David, 261, 271, 317, 321, 322, 323
 Wisdom, John, 103
 Wolstonecraft, Mary, 63
 Wolf, H., 244
 Wolf, Stewart, 246, 269
 Wolff, W., 244
 Woolf, Virginia, 64, 167
 Wright, Francis, 64
 Wundt, Wilhelm, 20
 Wynne, L., 155
 Wynne Edwards, V., 343

 Zetzel, Elizabeth, 317
 Zilboorg, Gregory, 21, 143, 178, 287
 Zola, Emile, 11
 Zoser, 13
 Zweig, Stephan, 133, 177, 259

ESTE LIBRO SE ACABÓ DE IMPRIMIR EL DÍA
4 DE AGOSTO DE 1978, EN LOS TALLERES DE

FUENTES IMPRESORES, S. A.
Centeno 109, México 13, D. F.

LA EDICIÓN CONSTA DE 2,000 EJEMPLARES
MÁS SOBRANTES PARA REPOSICIÓN