

QUINTA EDICIÓN CORREGIDA Y AUMENTADA

Psicopatología básica

Guillermo Hernández Bayona



PSICOPATOLOGÍA BÁSICA

PSICOPATOLOGÍA BÁSICA

Quinta edición, corregida y aumentada

GUILLERMO HERNÁNDEZ BAYONA



Pontificia Universidad
JAVERIANA
Bogotá



Pontificia Universidad
JAVERIANA
Bogotá



Reservados todos los derechos

© Pontificia Universidad Javeriana
© Guillermo Hernández Bayona

Primera edición: enero de 2001
Quinta edición: diciembre de 2013
Bogotá, D.C.
ISBN: 978-958-683-332-5
Número de ejemplares: 500
Impreso y hecho en Colombia
Printed and made in Colombia

Editorial Pontificia Universidad Javeriana
Carrera 7, N.º 37-25, oficina 1301
Edificio Lutaima
Teléfono: 320 8320 ext. 4752
www.javeriana.edu.co/editorial
Bogotá, D. C.

Corrección de estilo
Luisa Fernanda Arango
Diseño de cubierta
Sandra Restrepo (ladamaroja)
Diagramación
Margoth C. de Olivos
Impresión
Javegraf



Hernández Bayona, Guillermo
Psicopatología básica / Guillermo Hernández Bayona. -- 5a ed. -- Bogotá : Editorial Pontificia Universidad Javeriana, 2013.

466 p. ; 24 cm.
Incluye referencias bibliográficas, glosario e índice.
ISBN: 978-958-683-870-6

1. PSICOPATOLOGÍA - MANUALES. 2. CONDUCTA (PSICOLOGÍA). 3. PERCEPCIÓN. 4. PSIQUIATRÍA - MANUALES. I. Pontificia Universidad Javeriana.

CDD 781.63 ed. 20

Catalogación en la publicación - Pontificia Universidad Javeriana. Biblioteca Alfonso Borrero Cabal, S.J.

dff.

Julio 15 / 2013

Prohibida la reproducción total o parcial de este material, sin autorización por escrito de la Pontificia Universidad Javeriana.

Contenido

Prólogo	13
Introducción	15
Psicopatología	19
DEFINICIÓN Y CONCEPTOS BÁSICOS	19
Conceptos generales sobre sistema nervioso y psicopatología	29
I PARTE	
PSICOPATOLOGÍAS DESDE UN CEREBRO PRIMITIVO	
Lo sensorio-motor y lo afectivo como núcleos organizadores del psiquismo	35
Percepción	41
DEFINICIÓN Y CONCEPTOS BÁSICOS	41
BASES BIOLÓGICAS DE LA FUNCIÓN	44
FUNCIONAMIENTO PSICOLÓGICO NORMAL EN LA VIDA COTIDIANA	47
PSICOPATOLOGÍA	49
FORMAS DE EXPLORACIÓN Y DETECCIÓN	55
SINOPSIS	58

Motricidad	59
DEFINICIÓN Y CONCEPTOS BÁSICOS	59
BASES BIOLÓGICAS DE LA FUNCIÓN	60
FUNCIONAMIENTO PSICOLÓGICO NORMAL EN LA VIDA COTIDIANA	62
PSICOPATOLOGÍA	64
FORMAS DE EXPLORACIÓN Y DETECCIÓN	67
SINOPSIS	68
Afecto	69
DEFINICIÓN Y CONCEPTOS BÁSICOS	69
BASES BIOLÓGICAS DE LA FUNCIÓN	77
FUNCIONAMIENTO PSICOLÓGICO NORMAL EN LA VIDA COTIDIANA	79
PSICOPATOLOGÍA	81
FORMAS DE EXPLORACIÓN Y DETECCIÓN	92
SINOPSIS	94
Atención	95
DEFINICIÓN Y CONCEPTOS BÁSICOS	95
BASES BIOLÓGICAS DE LA FUNCIÓN	96
FUNCIONAMIENTO PSICOLÓGICO NORMAL EN LA VIDA COTIDIANA	97
PSICOPATOLOGÍA	99
FORMAS DE EXPLORACIÓN Y DETECCIÓN	100
SINOPSIS	100
Memoria	101
DEFINICIÓN Y CONCEPTOS BÁSICOS	101
BASES BIOLÓGICAS DE LA FUNCIÓN	104
FUNCIONAMIENTO PSICOLÓGICO NORMAL EN LA VIDA COTIDIANA	105
PSICOPATOLOGÍA	107
FORMAS DE EXPLORACIÓN Y DETECCIÓN	114
SINOPSIS	116
Orientación	117
DEFINICIÓN Y CONCEPTOS BÁSICOS	117
BASES BIOLÓGICAS DE LA FUNCIÓN	119
FUNCIONAMIENTO PSICOLÓGICO NORMAL EN LA VIDA COTIDIANA	122
PSICOPATOLOGÍA	124

FORMAS DE EXPLORACIÓN Y DETECCIÓN	125
SINOPSIS	126

II PARTE

PSICOPATOLOGÍAS DESDE UN CEREBRO EVOLUCIONADO

El cerebro humano como generador de realidad, pero también de psicopatología	129
---	-----

Lóbulos frontales neocorticalizados: conectividad, especialización e integración funcional	133
---	-----

Conciencia	137
DEFINICIÓN Y CONCEPTOS BÁSICOS	137
BASES BIOLÓGICAS DE LA FUNCIÓN	140
FUNCIONAMIENTO PSICOLÓGICO NORMAL EN LA VIDA COTIDIANA	143
PSICOPATOLOGÍA	144
FORMAS DE EXPLORACIÓN Y DETECCIÓN	152
SINOPSIS	154

Pensamiento	155
DEFINICIÓN Y CONCEPTOS BÁSICOS	155
BASES BIOLÓGICAS DE LA FUNCIÓN	158
FUNCIONAMIENTO PSICOLÓGICO NORMAL Y EN LA VIDA COTIDIANA	159
PSICOPATOLOGÍA	164
FORMAS DE EXPLORACIÓN Y DETECCIÓN	196
SINOPSIS	198

Lenguaje y comunicación	199
DEFINICIÓN Y CONCEPTOS BÁSICOS	199
BASES BIOLÓGICAS DE LA FUNCIÓN	205
FUNCIONAMIENTO PSICOLÓGICO NORMAL EN LA VIDA COTIDIANA	206
PSICOPATOLOGÍA	207
FORMAS DE EXPLORACIÓN Y DETECCIÓN	221
SINOPSIS	223

Inteligencia	225
DEFINICIÓN Y CONCEPTOS BÁSICOS	225
BASES BIOLÓGICAS DE LA FUNCIÓN	230
FUNCIONAMIENTO PSICOLÓGICO NORMAL EN LA VIDA COTIDIANA	231
PSICOPATOLOGÍA	233
FORMAS DE EXPLORACIÓN Y DETECCIÓN	237
SINOPSIS	239
Juicio y raciocinio: elección y decisión	241
DEFINICIÓN Y CONCEPTOS BÁSICOS	241
BASES BIOLÓGICAS DE LA FUNCIÓN	245
FUNCIONAMIENTO PSICOLÓGICO NORMAL EN LA VIDA COTIDIANA	246
PSICOPATOLOGÍA	248
FORMAS DE EXPLORACIÓN Y DETECCIÓN	250
SINOPSIS	251
Subjetividad: introspección, prospección e intuición	253
DEFINICIÓN Y CONCEPTOS BÁSICOS	253
BASES BIOLÓGICAS DE LA FUNCIÓN	258
FUNCIONAMIENTO PSICOLÓGICO NORMAL EN LA VIDA COTIDIANA	259
PSICOPATOLOGÍA	262
FORMAS DE EXPLORACIÓN Y DETECCIÓN	264
SINOPSIS	265
Motivación	267
DEFINICIÓN Y CONCEPTOS BÁSICOS	267
BASES BIOLÓGICAS DE LA FUNCIÓN	268
FUNCIONAMIENTO PSICOLÓGICO NORMAL EN LA VIDA COTIDIANA	269
PSICOPATOLOGÍA	270
FORMAS DE EXPLORACIÓN Y DETECCIÓN	271
SINOPSIS	271
Capacidad de esfuerzo	273
DEFINICIÓN Y CONCEPTOS BÁSICOS	273
BASES BIOLÓGICAS DE LA FUNCIÓN	274
FUNCIONAMIENTO PSICOLÓGICO NORMAL EN LA VIDA COTIDIANA	274
PSICOPATOLOGÍA	275

FORMAS DE EXPLORACIÓN Y DETECCIÓN	275
SINOPSIS	276

III PARTE

PSICOPATOLOGÍAS EN LA VIDA COTIDIANA

Las psicopatologías se expresan a través de la conducta, en la vida cotidiana	279
--	-----

Conducta social habitual	283
DEFINICIÓN Y CONCEPTOS BÁSICOS	283
BASES BIOLÓGICAS DE LA FUNCIÓN	288
FUNCIONAMIENTO PSICOLÓGICO NORMAL EN LA VIDA COTIDIANA	291
PSICOPATOLOGÍA	295
FORMAS DE EXPLORACIÓN Y DETECCIÓN	298
SINOPSIS	300

Alimentación	301
DEFINICIÓN Y CONCEPTOS BÁSICOS	301
BASES BIOLÓGICAS DE LA FUNCIÓN	302
FUNCIONAMIENTO PSICOLÓGICO NORMAL EN LA VIDA COTIDIANA	303
PSICOPATOLOGÍA	304
FORMAS DE EXPLORACIÓN Y DETECCIÓN	308
SINOPSIS	309

El sueño y el dormir	311
DEFINICIÓN Y CONCEPTOS BÁSICOS	311
BASES BIOLÓGICAS DE LA FUNCIÓN	314
FUNCIONAMIENTO PSICOLÓGICO NORMAL EN LA VIDA COTIDIANA	315
PSICOPATOLOGÍA	317
FORMAS DE EXPLORACIÓN Y DETECCIÓN	321
SINOPSIS	323

Sexualidad	325
DEFINICIÓN Y CONCEPTOS GENERALES	325
BASES BIOLÓGICAS DE LA FUNCIÓN	327
FUNCIONAMIENTO PSICOLÓGICO NORMAL EN LA VIDA COTIDIANA	327

PSICOPATOLOGÍA	329
FORMAS DE EXPLORACIÓN Y DETECCIÓN	348
SINOPSIS	351

IV PARTE

PSICOPATOLOGÍA Y PERSONALIDAD

La gran síntesis psicológica: la personalidad	355
DEFINICIÓN Y CONCEPTOS BÁSICOS	355
BASES BIOLÓGICAS DE LA FUNCIÓN	360
FUNCIONAMIENTO PSICOLÓGICO NORMAL EN LA VIDA COTIDIANA	360
PSICOPATOLOGÍA	362
FORMAS DE EXPLORACIÓN Y DETECCIÓN	368
SINOPSIS	372

V PARTE

APÉNDICES Y COMPLEMENTOS

El examen mental en la historia clínica	375
Apéndice I. Mecanismos de defensa	389
Apéndice II. Relación médico-paciente	391
Apéndice III. La entrevista médica	393
Apéndice IV. La enfermedad y la muerte	397
Apéndice V. Glosario básico	399
Bibliografía	411
CIENTÍFICA	411
LITERARIA	421
Índice analítico	425

Prólogo

En la enseñanza de la psiquiatría hay dos aspectos fundamentales para transmitir al estudiante entusiasmo con su estudio: el primero, poder observar la habilidad del psiquiatra clínico para encontrar, a partir de la observación de la conducta del paciente y de la escucha del discurso, la presencia de los signos y síntomas propios de la psicopatología. Y el segundo, poder desarrollar coherentemente la capacidad de ubicar los hallazgos, signos y síntomas, en una de las dimensiones en que la semiología divide las funciones mentales.

El método para detectar el síntoma y el arte de describirlo constituyen los pilares de la psiquiatría descriptiva moderna, desarrollada principalmente en el último siglo a partir de los trabajos de Karl Jaspers y de Emil Kraepelin, quienes establecieron las bases de la psiquiatría científica contemporánea. Ellos, pero especialmente Jaspers, focalizaron su estudio en la descripción cuidadosa y en la organización de los síntomas y signos en síndromes, en su denominación y en su clasificación coherente dentro de un sistema de entidades y etiologías.

La publicación de la primera edición del *General Psychopathology*, de Jaspers, en 1913, imprimió trascendencia a la controversia, aún vigente, acerca del origen de los trastornos mentales y también de la dicotomía mente-cerebro.

La psiquiatría de hoy, afortunadamente, sigue teniendo el mismo carácter descriptivo de hace cien años, lo que nos permite seguir dedicados a escuchar con fascinación a nuestros pacientes y a encontrar en su relato, precisamente, los detalles semiológicos, psicopatológicos y clínicos, que usted, lector, va a encontrar en esta obra –ya en su quinta edición–, cuidadosamente replanteada, revisada y actualizada.

El autor es –antes que cualquier otra calificación– una persona sencilla y querida en el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental y en general en la Facultad de Medicina de la Universidad Javeriana, en donde ha dedicado gran parte de su esfuerzo docente para ofrecer a los estudiantes un libro que sea de fácil acceso y lectura, que permita un tratamiento de los temas psicopatológicos que estén caracterizados por su profundidad, y con el objetivo de promover en los lectores una sana actitud crítica, ajena a dogmatismos y alejada de prejuicios.

Me queda por insistir en esta presentación acerca de la importancia que tiene esta *Psicopatología básica*, cuyos textos se convierten en un primer escalón para que el estudiante se adentre en el apasionante mundo de la psiquiatría. Para aquellos que comienzan su formación como especialistas, y también para quienes hemos acompañado al autor por largos años, tanto en el campo de la docencia como en el interés en el tema, es una obra bienvenida.

Es para mí una grata satisfacción ser el presentador de esta nueva edición, y a la vez, uno de sus primeros lectores.

CARLOS ALBERTO FILIZZOLA DONADO, M.D.
Psiquiatra y Psicoanalista
Director del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental
Pontificia Universidad Javeriana
Profesor titular de la Facultad de Medicina
Pontificia Universidad Javeriana

Introducción

Lo que no es absoluto, ni lombriz de tierra, es híbrido.

E. M. CIORAN

Han debido transcurrir millones de años antes de que la cadena helicoidal haya organizado los aminoácidos esenciales para generar la vida, y otros tantos para que de esta haya surgido el *paleantrópido* predecesor del primer homínido sobre la faz de la tierra. Aquí, un primer escollo intelectual: el del misterio del origen de la vida.

Si aceptamos la existencia de este *primer homínido* con esbozos de memoria, una incipiente conciencia, una que otra manifestación de un afecto primitivo, algún ocasional destello de inteligencia y de intencionalidad, estamos entonces ubicados cerca del día uno de la historia de la raza propiamente humana. Aquí surge un segundo escollo: el del misterio que representa un complejo proceso evolutivo con *dirección ascendente* que parece culminar en el claro dominio de una especie sobre las demás.

Llegados a este punto ya nos es familiar, así sea teñida del color ocre de lo lejano en el tiempo o en el afecto, esa figura del hombre primitivo que desde ya ha impuesto su dominio sobre la tierra, sobre otros seres de la naturaleza, sobre sus propios congéneres en muchos casos, y en no pocos, incluso sobre sí mismo. Armas de caza en piedras sin pulir o finamente pulimentada, cestos para almacenar y para utilizar lo almacenado más tarde, son indicios de un incipiente intento de dominio de espacio y tiempo. Invención de la rueda, elaboración de instrumentos que sirven para hacer otros instrumentos implican intencionalidad tecnológica, mientras la domesticación de la agricultura y del fuego son indicios válidos de cambios radicales en cosmovisión y en cotidianidad. Estos y otros procesos no menos complejos, como el que implica la simbolización presente en todo arte rupestre, son algo más que las pruebas

contundentes de que el nuevo habitante del planeta, llámese como se llame, ya está clara y evolutivamente separado de su predecesor zoológico.

Las *ideas* y las *creencias* no son fosilizables, como tampoco ninguno de los productos de la mente. Es evidente que detrás de la existencia de instrumentos, pinturas, cráneos y toda obra *concreta* de elaboración manual en la colección petrificada –que nos traducen de manera continua los antropólogos y los historiadores–, que detrás de cada fósil ha estado presente una mente capaz de diseñar en *abstracto*, realizar, pensar y comunicar; de dirigir con una intencionalidad que no podemos describir más que como humana. Así por ejemplo, detrás de la evidencia arqueológica de los cúmulos de huesos humanos del Musteriense, que comúnmente llamamos *tumbas*, encontramos en forma más que contundente la *idea de la muerte*, y quizás al lado de esta, algún tipo de creencia y muy posiblemente, un objeto de *culto*.

Ideas, creencias, prácticas de culto, mitologías e ideologías, reconocimiento del pasado, mirada al futuro, son logros psicológicos, productos de la mente, producto a su vez del funcionamiento de un cerebro altamente complejo y evolucionado.

Solo cuando se ha logrado tal complejidad por evolución y maduración, se han empezado a escribir las primeras páginas de la historia de una larga serie de civilizaciones solo posibles sobre el cimiento de unas muy sólidas culturas humanas. De ellas devendrán otros logros no menos espectaculares, como el dominio de lo infinitamente grande con las ya factibles exploraciones desde el espacio, de lo infinitamente pequeño con la fisión nuclear, de lo mecánico con los robots y de lo virtual con los chips. Las bacterias muy próximamente nos producirán insulina mientras ya se ha reproducido la vida *in vitro* y por clonación, y nos enceguecemos con el resplandor y nos tremolamos con el escalofrío de la lectura descifrada del genoma humano, cuyo impacto sobre la comprensión de lo psicopatológico es de prever.

El origen de cualquier hecho psicológico, y el origen de la mayor parte de los fracasos traducidos en el hecho psicopatológico, está en esa masa de apenas kilogramo y medio de peso, abovedada por la rigidez del cráneo, a la que llamamos *cerebro*. Y es precisamente dentro de este cerebro, en la compleja trabeculación de sus estructuras biológicas y en las conexiones que configuran el sistema nervioso central, en sus interacciones electroquímicas y moleculares en donde se realiza el más sofisticado producto del órgano total: la mente, el conjunto de lo que denominamos conciencia, y sus derivados, las funciones psicológicas. Solo el cerebro humano, producto de ese multimilenario proceso

evolutivo, es capaz de producir lo que llamamos *hecho o acto psicológico*. Y solo ese cerebro humano es también capaz de producir *psicopatología*.

No he encontrado evidencia del primer hecho psicopatológico de la historia, pero es factible suponerlo en lo interrelacional, en lo cotidiano, en la intimidad de los primeros agrupamientos inter pares, en el único escenario viable: en la relación con otro, en la comparación con otro, en la transgresión de lo impuesto por la *cultura*. Quizás aquí el conocimiento de la *historia* humana y de las civilizaciones es el que mayores luces nos aporta en la comprensión de rasgos y de perfiles que han adquirido el rango de lo psicopatológico en una forma universalmente aceptada, pues esa historia está casi siempre hecha por la secuencia de múltiples psicopatologías.

Por otra parte, la calificación de cualquier fenómeno como psicopatológico solo puede hacerse válida al haber examinado en su conjunto e interconexión dinámica no solo los puros factores psicológicos sino que debe incluir los factores biológicos que sustentan el funcionamiento psicológico de la personalidad en lo cotidiano, y los factores socioambientales que codeterminan las circunstancias en que se desenvuelve una conducta específica, pues es en la alteración de lo cotidiano y en la desadaptación al medio en donde se mide la magnitud de la anomalía.

De ahí que la propuesta metodológica de esta *Psicopatología básica* pretenda integrar en forma comprensiva la base biológica que sustenta cada función psicológica con el correspondiente funcionamiento en la vida cotidiana antes de entrar en la psicopatología de la función propiamente dicha. Además, esta propuesta quiere mostrar que la síntesis así obtenida se traduce en el funcionamiento global de la personalidad en el escenario privilegiado y en el observatorio singular de lo cotidiano. La premisa a partir de la cual se construye lo psicopatológico es sencilla: la perturbación de una función psicológica será tanto más grave si logra alterar el funcionamiento global del psiquismo, y si dicha alteración logra a su vez modificar el funcionamiento de la personalidad en la vida cotidiana y producir, en última instancia, perturbación del proceso global de adaptación.

Este es un libro de psicopatología básica. En cuanto tal, no tiene pretensiones adicionales a lo que su título indica. Debe ser entendido entonces como un intento –a veces en exceso simplificado, a veces incompleto– por hacer comprensible al lector una forma particular de aproximación al complejo conocimiento de la mente enferma, en el contexto de un área de estudio que hasta hace poco estaba en su mayor parte inexplorada. El hecho objetivo que

enfrentamos es que no se poseen aún suficientes herramientas específicas y adecuadamente validadas, con las cuales abordar de una forma más científica algo que es hasta hoy, a pesar de los innegables avances revolucionarios de las dos últimas décadas en el campo de las neurociencias, altamente desconocido.

Sin embargo, la contundencia del nuevo conocimiento nos ha obligado incluso a tener que “desaprender” conocimientos ya aprendidos, a tener que renunciar a las falsas seguridades de conceptos “absolutos”, y a aprender y adoptar otros más “relativos”. Así, en muy corto tiempo hemos intentado eliminar la dicotomía “mente-cuerpo”; hemos abdicado del concepto simplista de “neurona muerta, neurona no reemplazada”; hemos empezado a hablar con alguna propiedad de neurogénesis, de *pruning*, de plasticidad neuronal, de neuroerosión, de códigos corticales, de modelos cognitivos.

A pesar de las limitaciones señaladas, y al hecho de tener que recurrir en la práctica, con mucha frecuencia, a conocimientos “fragmentarios” o a lo que pensamos que son “aproximaciones” adecuadas a la realidad de la intimidad cerebral, es a la postre, con dichos fragmentos –parciales– con los que debemos –en esta particular etapa del conocimiento– intentar la comprensión del “mapa completo” de dicha realidad. Esta es, guardada las proporciones, la forma como funciona nuestro cerebro, cuando al disponer solo de fragmentos de información debe con ellos construir toda la realidad.

Así entonces, este libro ofrece fragmentos de la actualidad del conocimiento, y, de eso no hay duda, no la totalidad del mismo, pues algunos –¿muchos?– de los elementos que constituyen esa verdad permanecen aún desconocidos, o no han sido completamente validados. El mapa resultante sirve, sin embargo, como una plataforma desde la cual otear un extenso horizonte plasmado por los múltiples desafíos de una *terra incognita*, con la sola ayuda de la brújula de algunas explicaciones que resultan razonables para permitir hacer aproximaciones cognitivas, con las cuales acercarnos a la realidad del conocimiento actual sobre la naturaleza de la mente enferma.

Solo muy recientemente, en particular gracias al *armamentarium* terapéutico y a la gigantesca investigación de la neurobiología molecular hemos empezado a conocer la intimidad de los soportes de la conducta humana normal y sobre todo de la patológica. Es por ello que en un futuro próximo debemos reformular algunos paradigmas de la psicopatología clásica tal y como hoy la conocemos.

Psicopatología

Definición y conceptos básicos

A partir de la segunda mitad del siglo XX se ha desarrollado una vasta investigación –principalmente en el campo de las neurociencias–, que ha permitido hacer aproximaciones más objetivas y ajustadas al hecho del “enfermar psíquico”, que se manifiesta a través del *síntoma* psicopatológico.

Sin embargo, la enorme cantidad de información y de “evidencia científica” aportadas han sido tan variadas, masivas y de tal magnitud novedosas, que en una forma en apariencia paradójica han producido un efecto de “crisis” dentro de la psicopatología, pues muchos de sus presupuestos “clásicos” o tradicionales se han mostrado explicativamente insuficientes, y algunos de los criterios previos en los que se basaban algunos supuestos “básicos” han sido superados por los nuevos hallazgos.

Ni el mismo “síntoma” –unidad elemental de análisis–, materia del estudio formal de la psicopatología, ha resultado incólume. De hecho, está en el centro de polémicas epistemológicas y de desafíos académicos, como los planteados por la escuela de Cambridge: ¿puede el síntoma ser entendido simplemente como “la liberación de conductas atávicas ya existentes en los periodos evolutivos previos”?; ¿los síntomas mentales han cambiado en el tiempo?, y si lo han hecho, ¿ha sido por moda o por una reconceptualización de lo que se observa en estos mismos?; ¿todos los síntomas mentales ya han sido descritos, o algunos aún no lo han sido?; ¿ha habido cambios genotípicos y fenotípicos en la enfermedad mental?; ¿los síntomas son “episodios”

o “procesos”?; ¿puede el estómago (y no solo el cerebro) generar síntomas mentales?”¹.

La discusión no es vana, pues es a partir del estudio del síntoma que la psicopatología descriptiva (“la lengua y el lenguaje de la psiquiatría”) permite conceptualizar el “hecho psicopatológico” para asociarlo con la “conducta anómala”, y esta a su vez correlacionarla con un área topográfica cerebral específica sobre la que se asienta la “función cerebral”² involucrada.

Sin embargo, a veces la discusión se contamina y se torna estéril porque –hay que señalarlo explícitamente–, a pesar de que como lenguaje, la psicopatología tiene “su propia gramática, sus propias reglas y sus propios códigos lingüísticos”, estos no siempre coinciden con el lenguaje simplista de los glosarios de los manuales estadísticos del DSM y el CIE, los cuales con sus “*check lists*” parecen haber fomentado las confusiones terminológicas, conceptuales e ideológicas en las que se mueve lo psiquiátrico; además, a su manera esas listas de chequeo han contribuido, con sus propias rigideces y limitaciones, a que se produzca lo que algunos han llamado “la hecatombe de la psicopatología”³, la simplificación extrema de los conceptos.

Es por todo esto que cada vez se hace más evidente el hecho de que el lenguaje psicopatológico requiere de una actualización que permita redefinirlo, adecuarlo a las nuevas realidades y liberarlo de “prejuicios y de simplezas conceptuales”⁴, entre otras cosas, no solo porque han cambiado las técnicas de evaluación y el conocimiento de ellas derivado, porque han surgido otras técnicas nuevas verdaderamente revolucionarias (electroencefalografía computarizada, magnetoencefalografía, PET, SPECT y RMF), que aportan otros conocimientos adicionales que por sí mismos justifican las necesarias reevaluaciones y revaluaciones conceptuales, sino porque en lo fundamental “el ejercicio de la psiquiatría depende de la correcta aplicación del lenguaje psicopatológico”⁵.

Sea como fuere, en una forma genérica se puede decir que la psicopatología es el conjunto ordenado de conocimientos relativos a las anomalías de la vida mental en todos sus aspectos⁶, o, en forma más específica, la ciencia

1. G. Berrios, "Psicopatología: pasado, presente y futuro", en *Revista Informaciones Psiquiátricas*, 189: 223-238 (Tercer trimestre, 2007. Hermanas Hospitalarias del SCJ).
2. G. Berrios, *ibidem*.
3. G. Berrios, *ibidem*.
4. G. Berrios, *ibidem*.
5. G. Berrios, *ibidem*.
6. H. Delgado, *La personalidad y el carácter* (Lima: Editorial Lumen, 1943).

que permite la identificación de los trastornos del funcionamiento de la personalidad⁷. Así, a través del conocimiento aportado por la psicopatología se llegan a comprender, de manera más integral, las causas del enfermar psíquico.

Se definen como patológicos solo aquellos elementos que logran trastornar el funcionamiento psicológico en forma global y perturban la adaptación del sujeto al mundo circundante. Entonces, por dolorosa que sea la respuesta del psiquismo, no siempre es psicopatológica ni implica enfermedad.

La psicopatología estudia:

- Las respuestas patológicas del psiquismo susceptibles de producir *desadaptación*, al perturbar en forma significativa el funcionamiento psicológico global.
- Las respuestas emocionales que se generan como *defensa adaptativa* frente a la disfunción del psiquismo.
- Las reacciones psicológicas que, aunque se apartan de la homeostasis, no son en sí mismas patológicas.

La labor del médico consiste en determinar cuándo un elemento aparentemente psicopatológico está en relación con una enfermedad mental o cuándo es una respuesta sana del psiquismo frente a la perturbación. Por ejemplo: cualquier tipo de pérdida de algo que sea significativo para el Yo se vive dolorosamente desde el punto de vista emocional, y esta puede ser una reacción sana y normal ante la pérdida. No sentir tal dolor puede ser lo anormal.

Por otra parte, la respuesta dolorosa puede convertirse en psicopatológica cuando reúne ciertos criterios tales como:

- Ser desproporcionada a la causa que la produce.
- Cuando no se resuelve satisfactoriamente en un tiempo prudencial.
- Cuando no hay causa objetiva ni aparentemente subjetiva que produzca la respuesta psicopatológica.

Todo el funcionamiento psicológico depende de la integridad y normofuncionamiento del sistema nervioso central (SNC), y su principal órgano, el cerebro. Es decir, para que se den las funciones psicológicas normales, la estructura neurológica que las soporta debe estar funcionando correctamente.

7. L. Kolb, *Psiquiatría clínica* (México D. F.: Interamericana, 1985).

El SNC del ser humano es la estructura más compleja de todo el organismo, y ha debido sufrir múltiples cambios que lo han perfeccionado a lo largo de toda la *evolución filogenética* en el transcurso de miles de años.

En cada ser humano individual se dan también múltiples cambios evolutivos determinados por el *desarrollo ontogenético* que implican la *maduración* y *mielinización* del sistema, que se logran desde el estadio embrionario, el fetal y el de los primeros años de vida, hasta alcanzar plenitud en las etapas adultas tempranas.

Con el paso de los años, paralelo a todo el proceso de involución biológica, más visible en la senectud, hay un deterioro progresivo de la estructura neurológica y también del funcionamiento psicológico global.

Además de la complejidad propia de la estructura neurológica, esta tiene interdependencia con lo que ocurre dentro de la misma, en sus funcionalidades y en su propia dinámica, al nivel de los sistemas de neuroconducción eléctrica y neuroquímica.

Es decir, que no en todos los momentos de la vida los funcionamientos neurológico y psicológico son iguales, sino que hay *etapas del desarrollo*, con características peculiares, que determinan el funcionamiento propio de cada una de ellas, y momentos disfuncionales posibles en cada una de las mismas.

Ahora bien, sabemos que hechos psicológicos tales como el acto cognitivo y la complejidad de la conducta específica no dependen precisamente de específicas localizaciones en el cerebro, sino que el córtex funciona como un todo para todos los procesos mentales. Tanto más complejo es el proceso, y lógicamente este resultado que tan solo es un *acto mental*⁸, en su individualidad, *trasciende lo puramente biológico para ser expresión de lo psicológico*.

La existencia de un psiquismo humano es producto de las interacciones del SNC con el medio en el que se desenvuelve la existencia humana y con los productos de esta canalizados a través de la cultura y expresados a través de lo cotidiano.

Los fenómenos psicológicos tienen aspectos claramente observables y *objetivos* en sí mismos, o a través de su expresión, en la conducta humana, y aspectos que aunque observables no son fácilmente objetivables por ser, en esencia, *subjetivos*, aun cuando forman parte de esa misma conducta humana.

Del resultado del funcionamiento normal y del funcionamiento anormal de la globalidad de dinanismos se deriva la *complejidad de la conducta humana*

8. C. Cerquella *et al.*, *Psicopatología*, vol. 18, nro. 2: (abril-junio, 1998. Madrid).

adaptada, o incluso con mayor complejidad –por desconocida– la conducta enferma o desadaptada.

De ahí que la *psicología* como ciencia positiva de la conducta y como conjunto de fenómenos observables y verificables⁹, aporte a la psicopatología la base del conocimiento del funcionamiento normal para que, desde allí, lo psicopatológico pueda ser integrado y comprendido. Hecha esta integración, la psicopatología aporta dichas comprensiones a la psiquiatría, de la cual es su ciencia básica.

Por supuesto que el campo de la psicopatología recibe aportes de conocimiento desde múltiples ciencias y campos del saber, pero son los aportes derivados desde la comprensión de la *función biológica*, desde la comprensión del *hecho psicológico* como producto derivado natural de ella, y desde la comprensión de la *conducta global expresada en la vida cotidiana*, las que nos aportan las herramientas de abordaje del funcionamiento de la *mente* y de su principal logro: el *acto psicológico*.

Del acto psicológico desconocemos aún muchas cosas, por ejemplo, qué y cómo se origina y elabora la *vivencia subjetiva de culpa*; conocemos un poco mejor algunas otras, como el porqué utilizamos con mayor frecuencia ciertas estrategias defensivas *contra la angustia*; y hemos establecido bien unas muy pocas si se quiere, pero claves, como la identificación de la relación e interacción entre *serotonina* y *depresión*.

El hombre siempre ha estado y está expuesto a lo largo de su vida a enfrentar dificultades, a tener problemas de una u otra naturaleza, a ver frustrados muchos de sus anhelos, a sufrir, enfermar y morir. En algunos intervalos de su vida, también a sentir satisfacciones por necesidades satisfechas, por sus logros, por la resolución asertiva de problemas y conflictos. En otras ocasiones a disfrutar de la armonía interna en concordancia con su bienestar externo. Todo ello es posible, en la medida en que su psiquismo le provee de mecanismos para adaptarse a las vicisitudes de la vida, y de mecanismos que normalmente le ayudan a disminuir la angustia propia de la existencia y la angustia de sus propios conflictos emocionales.

Los *conflictos emocionales* son susceptibles de presentar manifestaciones externas al psiquismo y perturbar no solo el funcionamiento psicológico sino también el organismo biológico.

9. H. Cruz, "Farmacología de la conducta", en *Psicopatología*, vol. 18, nro. 2: 87-90 (abril-junio, 1998. Madrid).

El psiquismo humano tiene unos componentes *conscientes*, otros *preconscientes* que en determinadas circunstancias acceden a la conciencia o en otras son desplazados hacia el inconsciente, y otros componentes puramente *inconscientes* que por definición escapan al control de la conciencia.

La psicopatología aborda el conocimiento de los tres aspectos del psiquismo (conscientes, preconscientes e inconscientes) y profundiza en la comprensión del funcionamiento psicológico de los mismos, ya que la mayor parte de los conflictos emocionales suelen involucrar aspectos inconscientes, y parte del comportamiento tiene también como base fuerzas procedentes del inconsciente.

Cuando los *conflictos inconscientes* permanecen sin resolverse generan angustia; esta cuando es creciente o no ha sido debidamente neutralizada por los propios *mecanismos de defensa* dificulta la adaptación, genera más padecimiento y produce enfermedad.

El psiquismo humano posee mecanismos de defensa contra la angustia generada por conflictos inconscientes no resueltos. Tales mecanismos de defensa son por definición:

- Inconscientes: no hay mecanismos de defensa conscientes.
- Universales: están presentes en todos los hombres, independiente de su raza, cultura, ideología, edad o condición.
- Innatos: se nace con ellos.
- Automáticos: su control no depende de la conciencia.

Los mecanismos de defensa sirven para reprimir, neutralizar o modificar la angustia, y en consecuencia facilitar la adaptación a la realidad.

Ningún mecanismo de defensa es patológico en sí mismo¹⁰ y ninguno se utiliza aisladamente (ver *Apéndice I*). Lo adaptativo dependerá de lo primitivo o maduro de los mecanismos utilizados, y de su masividad, estereotipación o especificidad. Por otra parte, representan un intento de adaptación y, simultáneamente, una defensa contra la angustia.

Con los recursos propios del psiquismo y, entre ellos, con los mecanismos de defensa, el hombre intenta defender su propia homeostasis y su adaptación al medio. Cuando fracasan los recursos del psiquismo, y los mecanismos de defensa son insuficientes o inadecuados, la angustia de los conflictos

10. S. Brainsky, *Manual de psicología y psicopatología dinámicas* (Bogotá: Ed. Pluma, 1984).

desborda el control del Yo, desadaptando y enfermando emocionalmente al hombre.

En el psiquismo hay una base *instintiva* y una base *racional*. El *instinto* fue y es la base de la supervivencia del hombre como especie, ya que el instinto busca satisfacer necesidades básicas para la vida: el instinto de satisfacción del hambre, la sed, el abrigo, el sexo reproductor, el control de la temperatura corporal, etc. Cuando el instinto se satisface, el psiquismo produce en forma automática la sensación de *placer*. Cuando no se logra esa satisfacción a un instinto, se generan en forma automática sensaciones de *insatisfacción*, *frustración* y *dolor emocional*.

El hombre primitivo, el niño y la persona con grave enfermedad mental tienen un predominio de exigencias instintivas, y como el instinto exige en forma *perentoria* y *masiva* su satisfacción, se dice corrientemente que su conducta está regida por el *principio del placer*.

El hombre adulto, emocionalmente maduro y de manera satisfactoria civilizado, ha logrado un aceptable control de sus instintos y un predominio de su razón; por ello, se le facilita mejor la vida adaptativa en sociedad: ha aprendido a *reprimir* socialmente ciertos instintos, ha aprendido por experiencia a *aplazar* la satisfacción de otros y ha aprendido a *sustituir* la satisfacción instintiva por otras satisfacciones socialmente más aceptables. También ha aprendido a lo largo de los años de evolución de la especie, a *sublimar* necesidades instintivas. Por ello, el hombre ha avanzado hacia formas más civilizadas de vida gracias al *desarrollo evolutivo* de su propio psiquismo, por lo cual es cada vez menos instintivo y más razonable (o por lo menos esto es lo que se espera). Es decir, su conducta está regida ahora por el *principio de realidad*, que le implica haber aprendido a reprimir, sustituir, sublimar o renunciar a ciertas satisfacciones instintivas cuya satisfacción incontrolada le representaría dificultades para vivir en sociedad y para adaptarse a su medio.

El proceso de socialización, entendido como el que facilita la adquisición de *conocimientos*, *habilidades* y *disposiciones* que le permiten al individuo participar en forma más o menos efectiva como miembro de un grupo social, es complejo, pero está siempre presente en el hombre. Desde el nacimiento el niño aprende, bien por *imitación de modelos* que pueden ser reales (padres) o simbólicos (TV, cine, cómics), o por *experiencia directa* (a partir de la historia cotidiana de la crianza, de pautas de alimentación e higiene), las habilidades sociales que más adelante, cuando tenga acceso a otras capacidades instrumentales más individuales y sofisticadas, le van a inhibir, desinhibir, facilitar o crear

nuevas *conductas*, más ajustadas o no, a dicho proceso de socialización. Es a partir de este proceso y *en el escenario de la vida cotidiana* donde se desarrollan los influjos de la *cultura* (pautas de socialización y crianza, formación de valores, creencias, asignación de roles, maneras de ejercer la autoridad, delimitación simbólica de espacios) y sus *sistemas normativos* (reglamentaciones que regulan la vida social y definen los límites y fronteras de lo correcto y lo incorrecto, lo socialmente aceptable e inaceptable, lo específicamente masculino o femenino, lo aprobado o reprochable) que, en últimas, van a regular incluso los comportamientos que pueden ser socialmente considerados como normales o patológicos¹¹.

Un campo de estudio novedoso surge cuando el uso de las aplicaciones multimedia pueden correlacionarse con la psicopatología; por ejemplo, con el uso psicopatológico que puede hacerse de Internet con resultados de explotación sexual, adicciones o suicidio, y aunque cuyo manejo no es destructivo por sí mismo, sí puede, en determinadas circunstancias, conducir a problemas psicopatológicos o agravar los ya existentes. Pedófilos pueden introducirse a sesiones de chat y manipular adolescentes que les ayudan en encuentros patológicos con niños; adicciones a juegos estilo casino son ahora posibles y, de hecho, inductores de tendencias adictivas que pueden conducir a desastres financieros; individuos predispuestos al suicidio pueden encontrar en sitios web pro-suicidio instrucciones precisas para lograrlo. Esquizoides, introvertidos o individuos con pobre autoestima o dificultades de integración social pueden aislarse socialmente más y privilegiar el uso solitario de la comunicación interpersonal o despersonalizada¹².

El hombre debe enfrentar sus propias dificultades internas y las que se le presentan en el medio donde vive. Estas son las vicisitudes del diario vivir (*las vicisitudes de la, y en la vida cotidiana*). Esas vicisitudes a veces toman un curso normal de enfrentamiento y resolución; otras, su solución se frustra y entonces se ve abocado al sufrimiento creciente, a la angustia, a la patología, a la enfermedad. En este momento es cuando habitualmente se da la relación médico-paciente (ver *Apéndice II*).

Parte del trabajo psicopatológico se origina en el intento de comprensión, no solo del fracaso de los procesos evolutivos de maduración biológica

11. G. Rey, "Las huellas de lo social: Interacción, socialización y vida cotidiana", en *Signo y Pensamiento*, nro. 11: 9-29 (Pontificia Universidad Javeriana, 1987, Bogotá).

12. K. Chemg *et al.*, "Caught in the Web: Sex, Suicide, and Addictions on the Internet", en *American Psychiatric Association* (Abstracts on disk).

y de socialización sino, más a menudo, de los elementos de perturbación en relación con situaciones específicas de la vida cotidiana y del sufrimiento emocional en lo cotidiano, en individuos con aceptable maduración biológica y madurez psicológica. Aquí no solo se interesa por entender cómo se generan las creencias o cuál es el proceso de internalización de las normas, sino también por entender por cuáles mecanismos se llega a vivenciar, por ejemplo, la culpa frente a situaciones que confrontan códigos de control más subjetivos que sociales, pero que en últimas repercuten en la funcionalidad del individuo en la vida cotidiana. Por todo ello, la psicopatología continúa siendo la ciencia básica de la psiquiatría, y su conocimiento fuente de comprensión de la conducta.

A pesar de que en términos generales es cierto que “lo que se sabe hoy –por definición– es más verdadero, mejor y superior a lo que se sabía ayer”¹³, y que esto aparece respaldado por una verdadera inundación de informaciones técnicas y científicas, en realidad, en la comprensión de los cambios cerebrales que generan algunos síntomas psicopatológicos, hay todavía muchos vacíos que llenar.

“Hasta 1970 todo lo que podíamos ver del cerebro vivo eran sus arterias, venas y cavidades, mediante procedimientos molestos –cuando no, riesgosos para el paciente–. En cuanto a la función, nadie soñaba con ‘verla’, y todo el conocimiento anatómico y funcional del cerebro era indirecto”¹⁴.

Como resultado de las nuevas aplicaciones, hoy es posible “ver” la función cerebral, hacer el mapeo de funciones corticales e intervenir focalizadamente (sin necesidad de utilizar métodos invasivos, medios de contraste o trazadores tóxicos); todo esto permite acceder a una mejor y más nítida observación *on line* en tiempo real del cerebro y de su función, y a partir de ellas obtener mejores comprensiones del fenómeno psicopatológico y mejores comprensiones en la relación dinámica entre *función cerebral* y *psicopatología*.

De hecho, con los nuevos aportes de las neurociencias, de las nuevas aplicaciones tecnológicas y de la investigación cerebral de la especialización funcional hemisférica cerebral, se han podido identificar en forma más

13. J. M. Villagrán, *Bases epistemológicas de la psiquiatría y de la psicopatología*. Conferencia magistral en la I Jornada de Psicopatología clínica y Salud mental (Madrid, 22 de marzo de 2007. Hnas. Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, con el aval científico de la Sociedad Vasco Navarra de Psiquiatría).

14. B. Bernal, Mapeo cerebral con RMF, en *El sistema nervioso. Desde las neuronas hasta el cerebro humano*, E. Bustamante (Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, 2007).

comprensible y comprensible las correlaciones clínicas entre la *neurología* (causal de e implícita en), la *psicopatología* y la *neurología de los síndromes psiquiátricos* secundarios a enfermedades neurológicas definidas¹⁵.

Solamente en aras de una metodología que intenta ser pedagógica han de entenderse las funciones mentales descritas en este manual como funciones artificialmente disecadas, dado que en la realidad ninguna función psicológica actúa, ni en los casos patológicos, en forma aislada de las demás.

15. M. Taylor and N. Vaidya, *Descriptive Psychopathology*, ebook (New York: Cambridge University Press, 2009).

Conceptos generales sobre sistema nervioso y psicopatología

Solo los seres vivos que tienen movimiento dirigido necesitan algún tipo de *sistema nervioso* (SN). El sistema nervioso más primitivo está organizado alrededor de dos ejes básicos llamados el *eje motor* y el *eje sensorial*, que en su forma elemental, como *arco reflejo*, permiten “tener reacciones”, y en su forma evolutiva más sofisticada “hacer predicciones” en las cuales basarse para “elegir” un movimiento en una dirección predeterminada.

A partir de las formas metazoarias más primitivas en las que el SN es “una red difusa de células y fibras”, que solo se comunica por contigüidad, pasando por medusas y anémonas, que son los primeros seres con un *sistema nervioso simple* (células sensoriales que responden a estímulos químicos que les permiten una amplia complejidad de actos motores), se van logrando mejoras evolutivas, las cuales, por los efectos del desarrollo paralelo de los órganos de los sentidos y de sucesivas mutaciones genéticas¹, van definiendo las características específicas de los diferentes sistemas nerviosos, lo que a su vez permitirá hacer más acentuadas las diferencias entre las especies, pues cada una de ellas, por su parte, a partir de ese punto desarrollará y seleccionará el tipo de sistema nervioso que mejor pueda responder a sus particulares necesidades de adaptación –función clave en la supervivencia de la especie–.

Así entonces, la evolución de un SN básico es el que le permite a algunas especies desarrollar un *sistema nervioso central* (SNC), como es el caso específico de los vertebrados, y que en el caso específico de los homínidos es en donde

1. E. Bustamante, *El sistema nervioso. Desde las neuronas hasta el cerebro humano* (Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, 2007).

encuentra su mayor logro gracias a su gran complejidad estructural, potencia funcional y un notable aumento del tamaño global del cerebro.

En el hombre, aunque el desarrollo embriológico repite en grandes etapas el desarrollo evolutivo filogenético del cerebro, aún faltan varios pasos adicionales: después del nacimiento se deberá seguir una específica tarea de *maduración* complementaria y un ulterior periodo prolongado de aprendizajes y de *moldeamiento social y cultural*.

Como resultado de todo ese proceso, el SNC humano ha logrado especializar funcionalmente sus estructuras biológicas, desarrollando un órgano principal, el *cerebro*, que está conectado a un *centro de integración sensomotora*, y que gracias a una extensión nerviosa, la *médula*, puede tener acceso rápido a toda la estimulación procedente del exterior.

En la parte alta del tallo encefálico, correspondiente al llamado *cerebro reptil* (cerebro R, identificado como el más antiguo y menos evolucionado), se encuentran las estructuras primitivas que se relacionan con el *estado de alerta* (arousal), los *ritmos circadianos*, los *ciclos sueño-vigilia*, aquellas estructuras que permiten el registro y la acumulación de *memorias elementales* y las que manejan los *elementos instintivos* que están innatamente incorporados en las actividades de supervivencia, la defensa de la prole, la territorialidad, la agresión y la búsqueda de alimento. Su actuación es instintiva, refleja, masiva e impulsiva.

Un paso evolutivo adicional, correspondiente al *cerebro mamífero* (cerebro M), permite la aparición del paleocórtex que da origen al *sistema límbico*, el cual permite modular las respuestas instintivas primarias, permitiendo con ello adquirir algún tipo de *integración de "actos con expresión emocional"*, y de *emociones básicas con memoria* (pero sin conciencia, pues esta función aún no había aparecido en la evolución filogenética hasta ese momento).

De esa manera, dicho SNC se convierte luego en una fuente importante de generación de *estados de ánimo y emociones más elaboradas que las previas*. En este estado evolutivo, las memorias ya están asociadas a diferentes manifestaciones afectivas, y en estas estructuras centroencefálicas y límbicas es donde aparecen los rudimentos de la *autoconciencia*².

En un nivel evolutivo superior se desarrolla el *cerebro humano* (cerebro H), cuya *corteza cerebral* es el sitio en el que "la materia es transformada en *conciencia*"³.

2. R. Houdart, "Consciousness", in *Encephale*, 20(2): 159-68 (Marzo 1994).

3. C. Sagan, *Cosmos* (Barcelona: Editorial Planeta, 1987).

El último nivel evolutivo alcanzado hasta el momento está representado por la *neocorticalización* cerebral (principalmente de los *lóbulos frontales*), que permite hacer *representaciones mentales* del mundo y de la realidad, realizar *conductas con memoria y con conciencia*, tener *ideas e inspiraciones* y ser el asiento de las *funciones superiores* del hombre, de su *moralidad*, de la *cultura* y de la *civilización*.

Algunas estructuras primitivas del cerebro R aún se conservan funcionales –al menos parcialmente–, pero por los procesos de cefalización y corticalización en su mayoría quedan supeditadas al “control” de estructuras más evolucionadas que las previas –cerebro M–, y de las más complejas, novedosas y revolucionarias –cerebro H–, en el que los *centros de asociación cortical* permiten la selección final de los estímulos, ya que estos centros de asociación dejan discriminar la importancia de cada estímulo comparándolo con otros y con las experiencias previas, lo que en últimas posibilita determinar los actos motores o las conductas más adecuadas, permitiendo con eso el desarrollo de la principal función cerebral: la *predicción*, que llega a ser de esta forma una función filogenéticamente más antigua que la conciencia.

En el caso específicamente humano, el último desarrollo cerebral también permite la generación de la “*mente*” y de la “*actividad mental*”. Junto a la “*actividad consciente*” dan la posibilidad infinita de lucrarse de su resultado, los “*productos del intelecto*”, la *creatividad* y las llamadas “*actividades superiores de la mente*”. Esto solo es posible en esta escala cuando se logra, como ya se ha señalado, la *neocorticalización* de los *lóbulos frontales*, centro de mando del director de “la orquesta cerebral” y centro de cómputo de toda la actividad cerebral⁴.

4. E. Goldberg, *El cerebro ejecutivo: Lóbulos frontales y mente civilizada* (Barcelona: Editorial Crítica, 2002).

I parte

**PSICOPATOLOGÍAS DESDE UN
CEREBRO PRIMITIVO**

Lo sensomotor y lo afectivo como núcleos organizadores del psiquismo

Como resultado de la evolución, en el SNC humano hay un *sistema neuronal sensorial especializado* en la recepción de toda la estimulación externa (del medio ambiente), y otro sistema especializado en la recepción de toda la estimulación interna (del propio organismo). Como complemento, hay *centros de integración sensorial* encargados de la unificación y codificación de los estímulos, tanto externos como internos, que han de llegar a la corteza cerebral, que es quien los procesa e interpreta, y de quien depende la respuesta selectiva –generalmente motora– a dicha estimulación.

En un *cerebro acortical filogenéticamente antiguo* pueden identificarse el *tálamo* y los *ganglios basales*.

El *tálamo* está fundamentalmente encargado de recibir y procesar información procedente del mundo externo, mientras que el *hipotálamo* hace el registro de los estados internos (homeostasia, líquidos, temperatura).

Se resalta la función *integradora* de todas las percepciones que realiza el *tálamo*. La función del *tálamo* es la que permite “integrar” y “sincronizar” toda la *experiencia*: al integrar la información *somatosensorial*, por ejemplo, permite a la *corteza parietal* formar la “*imagen corporal*”.

El *tálamo*, además, es necesario para integrar el “reconocimiento” de un objeto, con su “utilidad”, con su “función” y con su “nombre” específico, es decir, es necesario para formar el link o el enlace con la *memoria autobiográfica*¹.

1. M. Taylor and N. Vaidya, *Descriptive Psychopathology*, ebook (New York: Cambridge University Press, 2009).

En una forma patológica, tales enlaces se fragmentan o se desintegran, tal y como se observa en el Alzheimer.

Los *ganglios basales* se encargan del comportamiento y la acción motora.

Entonces, el árbol de activación está dividido en dos ramas: *la dorsal, que se proyecta en la maquinaria subcortical de la percepción, y la ventral, en la de acción*, y se constituye en un *organizador fundamental de la actividad cerebral*².

En ciertos “estados funcionales” del cerebro se generan *imágenes cognitivas sensoriomotoras* capaces de producir un estado que puede resultar en una acción³. Para que el proceso sea útil, los estímulos externos deben tener ciertas cualidades que les permitan ser registrados por los órganos de los sentidos, y ser transformados (desde su origen físico o químico) en un *impulso eléctrico*, el cual ha de desencadenar una cascada de *reacciones químicas (neurotransmisores, neuromoduladores y hormonas)*⁴, que se convierten en el medio privilegiado de *comunicación interneuronal*.

Los grupos neuronales son sincronizados primariamente por *marcapasos* específicos y por *ritmos circadianos*; sus señales a su vez, serán ulteriormente resincronizadas por el *haz tálamo cortical* que los modula hasta su llegada al sitio de recepción, en áreas específicas de la corteza cerebral.

La *corteza somatosensorial*, que siente cualquier toque de piel, y la *corteza motora*, que mueve cualquier músculo, cambian fisiológicamente como resultado de la experiencia (y por efectos de un fenómeno de *neuroplasticidad*). Este cambio es registrado como *percepción*.

La *percepción* viene a ser entonces “la validación de las imágenes sensoriomotoras generadas internamente por medio de la información sensorial, que se procesa en tiempo real y que llega procedente del entorno. Constituye la base de la *predicción*”⁵.

La generación de los patrones necesarios para lograr un *movimiento coordinado* y traslacionalmente *activo*, más allá de la actividad puramente refleja, es compleja. Se sabe de ellos que la adquisición de un cerebro es un requisito evolutivo, que surgen de la actividad neuronal intrínseca de la *médula espinal* y

2. E. Goldberg, *El cerebro ejecutivo: Lóbulos frontales y mente civilizada* (Barcelona: Editorial Crítica, 2002).
3. R. Llinás, *El cerebro y el mito del Yo* (Bogotá: Editorial Norma, 2003).
4. C. Arango, “Aspectos moleculares y funcionales de los neurotransmisores, los receptores, los neuromoduladores y las hormonas”. en *Psiquiatría Clínica: Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos*, C. Gómez et al. (Bogotá: Editorial Médica Internacional Ltda., 2008).
5. R. Llinás, *op. cit.*

del *tallo cerebral*, que es en el *cerebelo* donde se procesa la mayor parte del control motor (coordinación motora) necesario para realizar cualquier secuencia motora simple, y que es el *sistema olivo cerebeloso* quien se encarga de optimizar y simplificar el control motor.

Resulta útil para comprender la complejidad de la motricidad, hacer la observación consciente propuesta por Goldberg, sobre todo lo que hace el cerebro en una mañana rutinaria⁶ –desde el momento en el que suena el reloj despertador hasta el momento de salir temprano de casa–, o reflexionar en lo propuesto por Llinás sobre lo que representa en términos de actividad cerebral “tan solo el movimiento para alcanzar una botella de leche del refrigerador” (acto que involucra cerca de cincuenta músculos, por lo que habría más de 10^{15} posibles combinaciones de contracciones musculares, lo que implica tomar 10^{18} decisiones por segundo)⁷.

Este *control cerebral del movimiento organizado* y la *interiorización cerebral de la motricidad* son los que han dado origen a la generación y naturaleza de la *mente*⁸. Es decir, la yuxtaposición funcional de las imágenes sensomotoras generadas internamente, junto con las propiedades sensorialmente referidas del exterior, se integran en un *espacio funcional interno* para “emular la realidad”, a fin de determinar “las consecuencias” de los movimientos, y de tales “*patrones premotores* emana la *conciencia*”⁹.

Un prerequisite necesario para registrar los estímulos generadores de *imágenes mentales* es el mantenimiento de un *estado de alerta* eficaz, para lo cual se requiere haber desarrollado algún tipo de capacidad para mantener una “ventana” o rango de apertura útil que permita el ingreso de la información desde el sensorio hasta la conciencia; ventana que se estrecha en *condiciones fisiológicas* de reposo, fatiga o sueño, o *patológicas* de *somnolencia*, *confusión*, *estupor* o *coma*, representados en la clínica psiquiátrica como *síndromes confusonoítricos*, *estados crepusculares* y *delirium*.

Este tipo de conciencia permite *darse cuenta de* los estímulos externos, hacer *memoria*, generar *experiencia*; se corresponde con lo que en este texto se denomina como *conciencia neurológica*¹⁰, equivalente al estado de *alertamiento*,

6. E. Goldberg, “A Morning in the Life of your Brain”, in *The Wisdom Paradox*, 22-35 (New York: Gotham Books, 2006).

7. R. Llinás, *op. cit.*

8. R. Llinás, *ibidem*.

9. R. Llinás, *ibidem*.

10. Véase el capítulo de Conciencia.

arousal o sistema de *despertar*. Como se verá más adelante, las estructuras relacionadas con el estado de alerta están ubicadas principalmente en el *tallo cerebral* y *sustancia reticular activadora*, que son mediadas por complejos sistemas de neurotransmisión y por aferencias simpáticas y parasimpáticas, además de los estímulos propiamente sensoriales.

La habilidad para adaptarnos a las circunstancias cambiantes del mundo externo mediante la *plasticidad* y el *aprendizaje*, junto con esos *patrones intrínsecos internos*, que son las *emociones*, colabora en el desarrollo de la capacidad de asignar *significado* a las imágenes mentales.

La generación de *imágenes mentales con significado emocional* es el prerrequisito y el insumo para que el cerebro pueda elaborar las imágenes mentales del mundo externo, con las que el psiquismo (actividad mental) maneja el concepto de realidad. Así, la actividad sensomotora con significado emocional se constituye en un eje fundamental de la organización del psiquismo.

Esto quiere decir que del normal funcionamiento del complejo mundo de lo sensomotor y lo afectivo dependerá el conocimiento que hagamos del mundo y definirá nuestra relación con él; dependerá el tipo de *principio de realidad* que manejemos y nuestra adaptación a ella; y la adecuación básica de nuestra conducta a las exigencias de esa realidad.

Por el contrario, afectaciones sensomotoras y afectivas serán causantes de perturbaciones y desadaptaciones generadoras de psicopatologías que se manifestarán en *alteraciones de la conducta* o en *desórdenes de la personalidad*, a través de *disturbios perceptivos* (distorsiones, ilusiones, *alucinaciones*), *alteraciones motoras* (de la regulación motora: *catatonía* y *agitación*, y toda la variedad de distonías y disquinesias, *dispraxias*, *compulsiones*, *estereotipias*), o *disfunciones de la expresión emocional* (*labilidad afectiva*, control yoico de emociones), que afectan la *conducta* (*obsesiones*, *compulsiones*) y que hacen del *examen del paciente* todo un arte basado en principios clínicos, en conocimientos, en el dominio de técnicas específicas de abordaje y en una objetiva observación¹¹.

Con respecto al examen del paciente, además del estudio detallado de los síntomas, se señala la importancia de observar la *secuencia* en la que aparecen, pues esto conlleva implicaciones diagnósticas, por lo que debe hacerse la mayor claridad posible al respecto antes de la prescripción de cualquier psicofármaco o psicotrópico que secundariamente, al afectar las estructuras o los moduladores, yatrogenice o complique los síntomas del cuadro primario.

11. M. Taylor and N. Vaidya, *op. cit.*

De otra parte, se ha demostrado que es válido correlacionar la *función cerebral* con la *psicopatología*: se sabe que, por ejemplo, hay relaciones entre disfunciones de los *ganglios basales* con el *trastorno obsesivo compulsivo*, disfunciones *temporales* y *límbicas* con *cuadros de manía depresión*. En el sentido opuesto, es también válido señalar que, por ejemplo, la *psicopatología* motora observada en el paciente puede señalar la localización de una *enfermedad cerebral*; hay evidencia de que tanto la *apatía* como el *síndrome amotivacional* señalan una disfunción de los circuitos frontales; o que las alteraciones en la *expresión emocional*, de carácter súbito y pasajero, se han asociado con lesiones subcorticales y *límbicas*¹². Sin embargo, estas observaciones deben ser cuidadosamente analizadas, contextualizadas y validadas en cada caso, evitando generalizaciones innecesarias y contraproducentes, porque en la mayoría de los procesos psicopatológicos, en la actualidad, se desconocen elementos claves de la patofisiología del funcionamiento cerebral anormal.

12. M. Taylor and N. Vaidya, *ibidem*.

Percepción

La lengua sabe que el mundo nos entra por la
vista solo en apariencia; de hecho
nos sale por la mirada.

KREUZER

Definición y conceptos básicos

La percepción es la base de la predicción y esta, a su vez, es la esencia de la función cerebral. El cerebro solo puede conocer el mundo externo mediante órganos sensoriales especializados predeterminados genéticamente.

Las propiedades perceptivas del cerebro son producto de la evolución y, por tanto, son capacidad innata, un *a priori neurológico*. De hecho, desde el momento mismo en que la luz llega a la retina, por ejemplo, ya existe la capacidad de asignar significado a las imágenes visuales; es decir, la “tendencia evolutiva” es la transformación de las ondas luminosas en imágenes sobre la retina. La entrada sensorial del mundo externo *solo adquiere significado* gracias a la disposición funcional preexistente del cerebro.

Una propiedad crucial para el sistema nervioso es la capacidad de *interiorizar* las propiedades del mundo externo.

El proceso evolutivo de encefalización ha permitido ubicar los sistemas sensoriales teleceptivos como el olfato y la vista, en el frente delantero, al igual que las mandíbulas, mientras que los productos desechables de la digestión se expelen por el extremo posterior “con la esperanza de no volverlos a encontrar nunca jamás”.¹

1. R. Llinás, *El cerebro y el mito del Yo: El papel de las neuronas en el pensamiento y el comportamiento humano* (Bogotá: Editorial Norma, 2003).

El cerebro solo acepta las propiedades específicas del mundo externo que estimulan los órganos sensoriales, razón por la cual no podemos detectar directamente las ondas de radio o las electromagnéticas de la televisión.

Las imágenes en nuestro cerebro son solo una representación del mundo externo² en forma de percepciones integradas. Sin embargo, nuestra *percepción* no es “directa”, sino que está mediada por una “lente” que es la *estructura interpretativa del cerebro*³. En ese sentido, los datos sensoriales brutos enviados por los órganos de los sentidos al cerebro constituyen una “imagen mal pixelada” con la que el cerebro debe elaborar una *imagen mental*. La percepción es entonces, la validación de las imágenes sensomotoras generadas *internamente* por medio de la información sensorial que llega desde el entorno. No es posible que ocurra en el cerebro, o en sus circuitos, una experiencia sensorial en ausencia de una transmisión sináptica evocada por los sentidos.

La *sensopercepción* es el proceso por el cual un estímulo se transforma en una modalidad de conducción eléctrica o química, se transmite en forma codificada a áreas específicas del SNC que reciben la señal, la traducen, procesan y seleccionan una respuesta que retorna decodificada a nivel cognitivo, visceral, emocional o motor.

Según el canal enteroceptivo, propioceptivo o exteroceptivo por el cual entre el estímulo se sistematizará el proceso de codificación, decodificación y respuesta, siguiendo variantes que dependen de condiciones de adaptación (ambientales), sensibilización (condiciones fisiológicas y psicológicas), umbrales (cualitativos y diferenciales), funcionamiento de los receptores y de las funciones de filtro y transducción (pasar al lenguaje cerebral).

La sensopercepción es una función dependiente de la función de conciencia. Incluye un conjunto de procesos de conocimiento de objetos y hechos de los mundos externo e interno, a nivel sensorial o cognitivo, que conduce a hacer conciencia. Es un proceso automático del psiquismo y, por tanto, no siempre consciente.

Cada uno de los sentidos tiene su propia finalidad en la exploración de la realidad. De ahí su importancia individual y de conjunto: el *tacto* percibe el cuerpo y su entorno inmediato. A partir de él se adquiere el *esquema corporal*, se incorporan las nociones de *espacio y movimiento*, y se reciben las más importantes señales de peligro; las falanges distales de los dedos actúan como un

2. R. Llinás, *ibidem*.

3. S. Hawking y L. Modinov, *El gran diseño* [Barcelona: Crítica, 2010].

tercer ojo, por ejemplo, cuando permiten explorar sin ver el contenido de un bolsillo o la textura de una superficie, aunque es cierto que no pueden distinguir cualidades esencialmente ópticas como el color; la *visión* es nuestro sentido más desarrollado y del que más dependemos para formar conceptos sobre el entorno; la *audición* nos proporciona la capacidad de comunicación interpersonal; los *sentidos químicos* del *gusto* y el *olfato* influyen en la conducta social y en los hábitos alimentarios⁴; en otras palabras, nada accede a la conciencia ni al psiquismo sin que haya entrado por los órganos de los sentidos.

La sensorpercepción supone toda una secuencia de acontecimientos que, basándose en los niveles más biológicos, involucra al sujeto en sus aspectos más psicológicos. La información sensorial modifica la conducta.

Comprendió que no había ningún estado de ánimo que no tuviera su contrapartida en la vida sensorial, queriendo averiguar por qué el incienso estaba hecho para los místicos y el ámbar gris para los trastornados por las pasiones, el violeta resucita el recuerdo de los amores fenecidos, el almizcle perturba la mente y el champaña colorea la imaginación; del nardo indio que hace enfermar; del hovenia que enloquece a los hombres, y del áloe, del que se dice que expulsa la melancolía del alma.⁵

A través de la información de los sentidos formamos nuestra propia vivencia de realidad, la cual será teñida con todos los matices del afecto y, organizada a través de la experiencia, se traducirá en *juicio de realidad*.

El cerebro tiene la capacidad de trabajar con *fragmentos de información*, incluso sin tener el “mapa mental” completo. En condiciones normales esto le permite “corregir” e “interpretar” rápidamente el contexto, sin tener completos todos los datos, inclusive, sin haber procesado ni verificado en forma detallada la calidad de los mismos. En cierta forma, esta es una capacidad “predictiva” con la cual el cerebro tiende a “corregir” automáticamente “discordancias” en aras de la funcionalidad de la que es capaz, incluso hasta tener que corregir en forma errónea información objetiva de la realidad.

Es de poca importancia en qué orden están las letras en las palabras; lo importante es que la primera y última letra tienen que estar en su lugar, porque leemos las palabras enteras y no letra por letra.

4. D. Rosselli, *Neuro: Introducción a las neurociencias* (Bogotá: Biblioteca del Profesional, Fundación Cultural Javeriana de Artes Gráficas, 1997).

5. O. Wilde, “El retrato de Dorian Gray”, en *Obras completas* (Madrid: Aguilar, 1975).

C1ER70 214 D3 V3R4N0 3574B4 3N L4 PL4Y4 0853RV4N20 4 TR35
CH1C45 8R1NC4N20 3N L4 4R3N4, C0N57RUY3N20 UN C4571LL0 23
4RENA C0N 70RR35.

Bases biológicas de la función

Por la capacidad de *percepción* podemos captar el mundo externo y el interno. Toda percepción normal es debida a la presencia o existencia de los estímulos que proceden de un objeto ubicado en el mundo externo o el interno. Normalmente no hay percepción sin objeto.

El cerebro tiene adicionalmente la capacidad rápida y automática de *registrar e identificar rostros*, y a través de ello, dar fácil identidad a los otros (reconocer su género, edad, características fisonómicas), y simultáneamente identificar los estados emocionales de ellos (lo cual es la base de la *empatía*). Esta capacidad de *reconocimiento facial*, que ha resultado clave para la supervivencia de la especie y fundamental en el establecimiento de las relaciones interpersonales, parece depender del funcionamiento del *área fusiforme*⁶.

Cada uno de los órganos de los sentidos tiene su propio canal que, partiendo de un receptor específico, transmite el estímulo relevante hacia centros especializados de la corteza cerebral en donde son *integrados e interpretados*, y de donde parte una respuesta también específica.

El *olfato* es el único sentido que llega directamente a la corteza cerebral sin pasar primero por el tálamo. Se origina a partir de unos 10 millones de receptores distribuidos en dos centímetros cuadrados de superficie⁷, que permiten captar entre 2.000 y 5.000 olores distintos a partir de los siete olores básicos primarios.

El *gusto* está mediado solo por cuatro clases de estímulos discriminados: dulce, salado, ácido y amargo, y en cada modalidad solo interviene un conjunto único de receptores y canales. La detección y discriminación de alimentos involucra la combinación de los sentidos del gusto, olfato, tacto, visión y audición, mediante activaciones del lóbulo temporal medial.

El *otido* es un órgano arquetípico y es probable que se haya originado como un órgano táctil especializado en la percepción de vibración, siendo

6. N. Kanwisher and G. Yovel, "The Fusiform Face Area: A Cortical Region Specialized for the Perception of Faces", in *Philos Trans R Soc Lon B Biol Sci*, 361(1476): 2109-2128 (Dec. 29, 2006).

7. D. Rosselli, *op. cit.*

importante además para la formación del lenguaje verbal. La *música* afecta todo el cerebro a través de las emociones que despierta, pues genera *actividad emocional*. De hecho, la cadencia de la música semeja la *prosodia* del lenguaje, y la sucesión de señales acústicas sirve para *resaltar emociones*, técnica utilizada en la cinematografía. Se acepta que “somos criaturas musicales”, que usamos con la música las mismas capacidades que se utilizan para aprender a hablar: jugamos con la *entonación* y el *ritmo*⁸. Estas cualidades de la música están en la base de su aplicación en la *musicoterapia*.

La estimulación musical está relacionada con la actividad de las *neuronas espejo* que se han asociado con los procesos de *empatía*. De hecho, la música permite y facilita *compartir sentimientos*, al punto en el que en las sociedades humanas “no hay celebración sin música”, ya que las melodías fomentan los *lazos sociales*. Así, termina siendo válida la premisa de que “hay sociedades sin escritura, pero ninguna sin música”⁹.

Se ha descrito la eficacia de la música como *analgésica* en personas ansiosas, en las que la música provoca ciertas respuestas emocionales y capta la atención de la mente, compitiendo con las vías de dolor¹⁰.

Siguiendo la misma línea del efecto de la música sobre los estados de ánimo, en forma anecdótica se sugieren audiciones de los *Nocturnos* de Chopin, en casos de insomnio; *Las cuatro estaciones* de Vivaldi, y las *Sinfonías* de Mozart, en cuadros ansiosos; y como potencialmente energéticas, las obras de Beethoven, Tchaikovsky y las *Oberturas* de Rossini.

El *tacto* es el sentido con mayores vínculos con el *sistema límbico*, con la formación reticular y con el sistema autónomo.

De la piel, el órgano más grande del cuerpo humano y el que nos mantiene en contacto con el mundo, surge la barrera que nos protege de fuerzas externas a la vez que da límite a nuestro Yo. De ella surge además la complejidad del tacto, que es la principal fuente de estimulación sensorial, sin la cual no hay *desarrollo afectivo* posible en la infancia. El desarrollo insuficiente del tacto tendrá repercusiones a lo largo de toda la vida adulta, no solo en lo que respecta a la propia imagen corporal, sino también por su ulterior relación con la conducta: en casi todas las culturas se correlacionan una alta tasa de

8. S. Koelsch en *Redes, Neurociencias*. E. Punset. Programa de divulgación científica, televisión española (2011, en www.redes.tve.es)

9. S. Koelsch en E. Punset, *op. cit.*

10. D. H. Bradshaw *et al.*, J. Pain, 2011; 12: 1262-1273, citado en *Revista de Neurología*, www.neurología.com

estimulación física y manifestaciones de afecto físico a través de la piel durante la infancia, con bajas tasas de violencia física en la edad adulta, y viceversa.

Las sensaciones son una *interpretación* que hace el cerebro, y en este sentido se entiende que las *percepciones* sean generadoras de realidad. Así, entonces, la *percepción de la realidad* es una construcción de la mente. De todos los órganos de los sentidos, los *ojos* ocupan el mayor espacio en la corteza y son los que tienen más y mayores fibras conectoras. El lóbulo temporal almacena información sobre imágenes visuales, lo que explica que pacientes con lesión de este lóbulo presenten habitualmente macropsias o micropsias.

Así, por ejemplo, los fotones de una frecuencia dada (420 nm para la luz que llamamos azul) son captados por la retina e interpretados por el cerebro como “azul”, sabiendo que el azul no existe como tal en el mundo externo. Podemos aprender la palabra que denota “azul”, pero la *percepción* del azul no se aprende ontogenéticamente; se aprende y se recuerda filogenéticamente. Una serpiente ve el infrarrojo que en realidad es calor.

Por otra parte, tenemos ojos que evolucionaron para generar imágenes del mundo externo mediante las propiedades de rebote de los fotones¹¹. Por último, “es mejor poder ver que se acerca una amenaza, que tocarla, probarla u olerla”.

Si durante la vigilia, en ausencia de información sensorial apropiada, se engendran estados en virtud de interacciones de actividad en la vía tálamo cortical *que emulen una realidad no existente*, se produce la alucinación¹².

Imágenes de resonancia magnética cerebral han mostrado que pacientes con alucinaciones auditivas tuvieron mayores volúmenes de materia gris en los lóbulos frontal y temporal, y mayor volumen de sustancia blanca en el lóbulo temporal que otros pacientes psicóticos sin este tipo de alucinación, lo cual sugiere que pueden tener algún tipo de anormalidad neuropatológica en los lóbulos frontal y temporal¹³.

Las alucinaciones auditivas han sido asociadas con aumentos en los niveles sanguíneos regionales cerebrales en áreas del lenguaje en los lóbulos frontal izquierdo y temporal, señalándose que esta experiencia alucinatoria se correlaciona con el aumento en el flujo sanguíneo del Área de Broca, la cual

11. R. Llinás, *op. cit.*

12. R. Llinás, *op. cit.*

13. S. Sang-Eun *et al.*, “The Segmented Volumes of Cerebrum in First-Episode Schizophrenia”, en *Abstract on Disk 2000-2001-2002*. American Psychiatric Association (APA) (Philadelphia, 2002).

está involucrada en la producción de palabras, habiéndose postulado que estas alucinaciones son consecuencia de la mala o errónea interpretación que el paciente hace de su propio lenguaje¹⁴.

Funcionamiento psicológico normal en la vida cotidiana

Para que se logre una adecuada adaptación al medio, los órganos de los sentidos deben estar funcionando normalmente en toda su extensión. Cualquier alteración en la visión, audición, olfato, tacto, gusto o cinestesia, conducen a algún tipo de limitación en la vida cotidiana.

La información integrada por los sentidos permite elaborar juicios objetivos de la realidad.

Desde temprana edad, a través principal pero no exclusivamente de la actividad lúdica, se empiezan a manejar *imaginación, creatividad, fantasía y subjetividad*, y a confrontarlos dentro de límites claros con formas distorsionadas o patológicas de *percibir, representar o actuar los mundos reales e imaginarios*. La *prueba de realidad delimita los contenidos de cada uno de ellos*.

Cerrar los ojos mientras nos acercamos al oído el caracol que duerme sobre la chimenea, y oír el mar. Recuperarlo, creer por un momento que toda nuestra vida hemos vivido oyendo su ruido milagroso, que nacimos junto a la playa como algunos de nuestros más remotos antepasados, que solo ahí, sitiados de agua y lunas, fuimos capaces de una pasión que aún no logramos engañar.¹⁵

En algunas condiciones es “normal” el engaño de los sentidos. Tal ocurre con la fantasía, la imaginación y el cine. En tales casos, es obvio que el engaño es pasajero y que, sobre todo, no desestructura la personalidad ni la globalidad del funcionamiento psicológico.

La cita conmigo mismo estaba pactada en el *Mundo de la Fantasía*. Ingresé (a Disneylandia) no bien abiertas sus puertas al público en una cálida mañana, y durante las catorce horas en que permanecí allí, hasta que sus puertas cerraron al público a la medianoche, no pude divisar a mi alrededor ni una mueca de agresividad, ni una mirada triste, ni un gesto de fatiga lastimera. Por primera vez en mi vida, una contagiosa hipomanía de armonía colectiva. Por primera vez, aunque tan solo por catorce horas, un mundo que me reafirmó que en donde

14. P. K., McGuire *et al.*, “Abnormal Monitoring of Inner Speech; a Physiological Basis for Auditory Hallucinations”, in *Lancet*, 346: 596-600 (1995).

15. A. Mastretta, *El mundo iluminado* (Bogotá: Planeta Colombiana Editorial S.A., 1999).

únicamente se puede ser feliz es en el locus de la fantasía, pantalla gigante para la regresión masiva en que viejos, menos viejos y niños, volvemos a ser simplemente niños, viajando a través del espacio sideral, con la sola angustia de que un meteorito estrelle nuestras frágiles cabezas, o saliendo de las entrañas de la caverna más oscura, aferrados al asiento de un vagón de montaña rusa que nos sobresalta al salir a la luz a través de una cascada, cuya fría agua nos despierta del sueño y nos arrebatara súbitamente de los fantasmas de lo ignoto.

(...)

Los Ángeles, por supuesto, es la meca del cine. En todas las locaciones cinematográficas, la observación del truco visible-invisible, el engaño palpable de los sentidos por los poderosos efectos especiales, que al no verlos usar causan admiración, y al verlos usar, desilusión: el profesor Spock en *cinemascope*; el *Western* con su lluvia de *Ketchup*; la bestia, un mimo gigantesco; el mar Rojo, una humilde pileta con pocos centímetros de profundidad.

Disneylandia y cinematografía: dos caras de la misma moneda de la fantasía. La de Disney, imaginación realista que no pretende ser más que fantasía hecha realidad. La del cine, imaginación realista hecha con los mismos ingredientes, pero que con engaño y truco, pretende ser lo que no es: realidad. La de Disney: fantasía real hecha con imaginación; la de las películas: realidad mentirosa hecha con imaginación. Con la de Disney volvemos a ser niños, para sentir la felicidad como real; con la otra, dejamos de ser niños para convertirnos en escépticos de la misma realidad.¹⁶

Hay también “engaño de los sentidos” cuando hay consumo de tóxicos, como marihuana, cocaína y LSD, con los cuales pueden darse incluso mixturas perceptivas, por ejemplo, de colores con sonido. Este fenómeno se denomina *synesthesia* y quizá ocurre por activación cruzada de dos áreas topográficamente separadas pero activadas simultáneamente, sobre todo si ocurren en proximidad del Giro Angular, área próxima a la unión de los lóbulos temporal, parietal y occipital: área TPO o del Giro Fusiforme (en el área V4 del Lóbulo Temporal)¹⁷.

También hay engaño de los sentidos en esta era cibernética con toda la “realidad virtual” y las falsas realidades generadas por la tecnología.

16. V. Ramachandran and E. Hubbard, “Hearing Colors Tasting Shapes”, in *Scientific American Mind*, 16(3): 17-23 (2005).

17. G. Hernández, *Crónicas de viaje a través del recuerdo* [inédito] (Bogotá, 1997).

Podemos extender el poder de nuestros sentidos a través de las herramientas y de la tecnología. De igual manera, las *tecnologías* actúan como “extensiones perceptivas” del cerebro que las aprovecha por su capacidad de “motor de búsqueda”, generación rápida de links de “relación”, tendencia a la simultaneidad y por compartir las semejanzas con el manejo de habilidades que requiere la “virtualidad”.

El vehículo espacial Viking extiende las capacidades humanas. Es casi tan listo como un saltamontes, aunque para algunos, su inteligencia está al nivel de una bacteria. No hay nada insultante en estas comparaciones. La naturaleza tardó cientos de millones de años para hacer un saltamontes. Tenemos tan solo un poco de experiencia en estos asuntos, y ya nos convertiremos en expertos. El Viking tiene dos ojos como nosotros, pero a diferencia de los nuestros también trabajan en el infrarrojo; un brazo de muestreo que puede empujar rocas, excavar y tomar rocas del suelo; una especie de dedo que saca para medir la velocidad y la dirección de los vientos; algo equivalente a una nariz y a unas papilas gustativas que utiliza para captar con mucha mayor precisión que nosotros, la presencia de rastros de moléculas; un oído interior que puede detectar el retumbar de los temblores en Marte y las vibraciones más suaves causadas por el viento en la nave espacial; y sistemas para detectar microbios; tiene su propia fuente de energía, y la información que tiene la radia a la Tierra, y desde la Tierra se puede comunicar a la nave que haga algo nuevo.¹⁸

Psicopatología

Trastornos de la sensopercepción

- *Alucinación*: trastorno de la sensopercepción caracterizada por ser una percepción sin objeto, cuya proyección es ubicada en el espacio exterior al sujeto, quien no tiene conciencia de lo anómalo de dicha percepción y, por tanto, no permite conciencia de enfermedad sino que se le adjudica conciencia de realidad. Es independiente de la voluntad y modifica el funcionamiento de la personalidad.

—¿Todavía estáis ahí?

Hubo un momento de silencio.

18. C. Sagan, *Cosmos* (Barcelona: Editorial Planeta, 1987).

Luego oyó varias voces hablando a la vez, tenues, como sofocadas por una almohada: *Estamos aquí. Todavía estamos aquí.*

Eso lo tranquilizó.

Tienes que conservarnos ocultas, Francis.

Asintió. Parecía algo obvio. Sentía un dilema interior. Las voces que lo habían guiado también lo habían metido en este aprieto, y no le cabía duda de que tenía que mantenerlas ocultas en todo momento si quería salir alguna vez del hospital psiquiátrico. Mientras pensaba en ello, oía los sonidos familiares de todas las personas que habitaban en su imaginación. Cada una de esas voces tenía su personalidad: una voz de exigencia, una voz de disciplina, una voz de concesión, una voz de preocupación, una voz que advertía, una voz que calmaba, una voz de duda, una voz de decisión. Todas tenían sus tonos y sus temas; había llegado a saber cuándo debía esperar una u otra, según en la situación en la que se encontrase.¹⁹

Es importante señalar que la presencia del fenómeno alucinatorio no es voluntaria del paciente y que en todos los casos implica psicopatología; también, que modifica sustancialmente el funcionamiento de la personalidad de quien lo padece. La alucinación no deja neutral ni indiferente a quien la presenta. Puede comprometer un solo canal sensorial o varios en forma simultánea. Puede haber tantos tipos de alucinación como órganos de los sentidos:

- ✓ *Alucinaciones visuales*: bultos o sombras complejas; con forma definida; móviles; estáticas; coloreadas; sin color; de tamaño reducido: liliputienses; de tamaño magnificado: gulliverianas; de vivencia amenazante: las más frecuentes; de vivencia agradable.
- ✓ *Alucinaciones auditivas*: son más frecuentes que las visuales.
 - *De voces*: a veces el sujeto logra identificar si son de hombre o de mujer, si son conocidas o no, si son amenazantes, etc. Puede o no entablar diálogos con ellas, pero generalmente sí hablan de él entre sí. Generalmente son de acusación o reproche y de órdenes que el paciente debe obedecer so pena de amenazas subjetivas de castigo.

Una variante muy rara son las denominadas alucinaciones de Kandinsky, en las cuales el paciente es escenario de los diálogos

19. J. Katzenbach, *La historia del loco* (Barcelona: Ediciones B S.A., 2004).

de contendores y opuestos, uno de los cuales habla por un oído y el otro responde por el otro oído.

- *De ruidos.*
- ✓ *Alucinaciones olfatorias:* son las de peor pronóstico, y en ellas hay que descartar patologías orgánicas, principalmente tumores en la zona del uncus. La más frecuente, la *cacosmia*, en la cual el sujeto percibe en forma reiterada e intensa la emisión de olores fétidos que emana su cuerpo (aunque objetivamente ello no sea así), y con la convicción de que a su alrededor todos los perciben con desagrado, provocando repulsión y aislamiento.
El tema del olor propio, sea como una fobia (*autodisomofobia*), como un delirio (*autodisósmico*) o una alucinación, se presenta con frecuencia en las depresiones paranoides sensitivas. Unas veces el punto de partida es perceptivo, pero la mayoría de las veces es autorreferencial²⁰.
- ✓ *Alucinaciones gustativas:* alteración de los sabores, principalmente de los alimentos, en cuyo caso puede conducir a su rechazo sistemático, con la vivencia de que están envenenados, por ejemplo.
- ✓ *Alucinaciones táctiles*
 - *Activas:* el sujeto cree haber tocado un objeto inexistente.
 - *Pasivas:* el sujeto cree haber sido tocado por un objeto inexistente. Una variante son las alucinaciones genitales, en las cuales el paciente aqueja manoseos, violaciones u orgasmos producidos por un objeto inexistente o a distancia, que generalmente obligan al uso de elementos protectores como cinturones, oclusión de cavidades naturales, etc.
 - *Cenestésicas y del esquema corporal:* el cuerpo se percibe de forma anómala e implica algún tipo de despersonalización.
 - Otra variante está representada en el *síndrome de Cotard*, que consiste en sensaciones corporales extrañas que conllevan la idea de negación de órganos e incluso del propio cuerpo, en melancolías involutivas graves.
 - *Cinestésicas o motrices:* de movimientos activos o pasivos de extremidades, empujones o inhibiciones que no le permiten actuar. Una variante son las *alucinaciones motrices verbales de Ségla*, en las que los músculos fonatorios al moverse provocan al paciente la

20. F. Alonso-Fernández, *Fundamentos de la psiquiatría actual* (Madrid: Paz Montalvo, 1968).

sensación de extrañeza y la impresión de que son provocados por alguien ajeno.

La idea delirante puede entenderse, en la mayoría de los casos, como un intento defensivo del paciente alucinado, quien a través del delirio intenta la explicación de la alucinación. En este sentido, delirio y alucinación generalmente se acompañan, el delirio como intento de explicación de la alucinación, y en otras, menos frecuentes, la alucinación como un pensamiento proyectado. “Los cuerpos pesados caen porque son pesados. La alucinación es proyectada porque es un pensamiento proyectado”²¹.

Acaba de ocurrir algo muy extraño. Me encontraba hojeando un libro antiguo que compré en Ravena. Contemplaba un grabado que representaba a Penélope y sus pretendientes. Bruscamente reparé en una mancha pardusca al pie de la página. Hice caso omiso de ella y seguí examinando el grabado... entonces vi que la mancha se había movido. Habíase alejado del borde del grabado... pasé el pulgar por la mancha, a fin de quitarla. Pero se negó a moverse.

(...)

Seguí estudiando el grabado... entonces noté que la mancha se había movido una vez más. Estaba agazapada en el hombro de Penélope. La toqué. Estaba caliente y parecía un tanto vellosa al tacto, como si fuera piel de conejo. Se me antojó que la mancha era un orangután pequeño, muy pequeño. He cogido papel de lija y he intentado borrar la mancha. No lo he conseguido, y la mancha seguía mirándome turbiamente.

Por fin, he arrancado la página, la he puesto a la llama de la bujía, y, mientras la página ardía he oído un grito leve y salvaje, cual de rata.²²

- ✓ *Alucinación negativa*: caracterizada por la no percepción patológica de un objeto real, con las demás características ya descritas para la alucinación.

Ha pasado una mano por el aire, tocándolo por todos lados, dejándolo como marcado por su paso. Sonríe. Tengo la sensación de que está solo. Completamente solo. Me siento como hueco a su lado. Si a Johnny se le ocurriera

21. R. Tissot, *Introducción a la psiquiatría biológica* (Bogotá: Ed. Pluma, 1980).

22. F. Prokosch, *El manuscrito de Missolonghi* (Barcelona: Editorial Planeta, 1968).

pasar su mano a través de mí, me cortaría como manteca, como humo. A lo mejor es por eso que a veces me roza la cara con los dedos, cautelosamente (...) como si no me viera.²³

- *Pseudoalucinación*: trastorno de la sensopercepción caracterizada por ser una percepción sin objeto, cuya proyección está ubicada en el espacio *interno* del sujeto, que no tiene conciencia de lo anómalo de dicha percepción, por tanto, no permite conciencia de enfermedad, sino que se le adjudica conciencia de realidad. Es independiente de la voluntad, y modifica el funcionamiento de la personalidad. Es también conocida como *alucinación psíquica*. La más frecuente, la auditiva:

Y entonces él entró en la habitación.

No como un vecino o un amigo, ni siquiera como un convidado de piedra, sino como un fantasma. No se abrió la puerta, no se ofreció ningún asiento, no hubo presentaciones. Pero, aun así, estaba ahí. Me volví, primero a un lado y después a otro, para intentar distinguirlo del aire que me rodeaba, pero no pude. Era del color del viento. Unas voces que no había oído en muchos meses, voces que se habían acallado en mi interior, empezaron de pronto a gritar advertencias que me resonaban en la cabeza. Pero era como si su mensaje estuviera en un idioma extranjero; yo ya no sabía cómo escuchar. Tuve la sensación horrible de que algo incomprensible pero crucial se había descompuesto de repente, y que el peligro estaba muy cerca. Tan cerca que podía notar su aliento en la nuca.²⁴

- *Alucinosis*: trastorno de la sensopercepción caracterizada por ser una percepción sin objeto, pero criticada por el sujeto que vive el fenómeno como patológico. En la medida en que el sujeto se da cuenta de lo anormal de sus percepciones se genera una marcada angustia, y esta característica acompaña al fenómeno sensoperceptivo. Es muy frecuente en intoxicaciones exógenas por alcohol, cocaína y marihuana; en epilepsias de lóbulo temporal y en LOE:

La mañana siguiente subí a la Acrópolis en compañía de Hobhouse. Estaba el aire polvoriento, el sol caliente, y yo padecía aún la diarrea. Pero recuerdo

23. J. Cortázar, *El perseguidor y otros cuentos* (México: Pepsa Editores, 1976).

24. J. Katzenbach, *Op. cit.*

todavía el momento, hallándome sentado a la sombra del Erecteo, en que de repente me acometió algo semejante a un trance. Me sentí dominado por una sensación de estar inmerso en lo sobrenatural. Incluso el aire, incluso la luz, estaban penetrados de exactitud. Y en ese momento, estornudando y sudoroso, estremecido por los retortijones de mis tripas, las lágrimas me cegaron: sentí el milagro de Grecia. Quizás fuera meramente “accidental”. De frente, me había acometido una luz. La sordidez desapareció, y oí una voz, parecida al sonido del órgano, cual si las propias rocas intentaran decirme algo. Solo un instante duró. Después el mismo aburrimiento de siempre volvió a penetrarme. Me levanté mareado, aturdido e infeliz. Dije a Hobhouse: —Asqueroso calor... Volvamos a casa y bebamos vino.²⁵

- *Ilusión*: trastorno de la senso-percepción caracterizada por ser una deformación o falsificación de una percepción real, en la cual el sujeto puede corregir a voluntad, o por experiencia, el error de percepción, y no modifica el funcionamiento de la personalidad, por lo cual no tiene connotación psicopatológica:

La vio a lo lejos paseando con indolencia, apacible, tranquila, encantadora, infinitamente conmovedora (...) y entonces se puso a correr haciéndole señas con la mano. Pero ella se detuvo otra vez, otra vez se situó frente al mar, y miraba a lo lejos los veleros sin percatarse del hombre que agitaba la mano por encima de su cabeza.

¡Por fin! Al volverse hacia donde venía él, pareció verlo; lleno de felicidad, Jean-Marc levantó una vez más el brazo. Pero ella no le hacía caso y se detuvo, siguiendo con la mirada la larga línea del mar que acariciaba la arena. Ahora que estaba de perfil, él pudo comprobar que lo que había tomado por su moño era un pañuelo atado a su cabeza. A medida que se acercaba (con un paso de pronto mucho menos apresurado), aquella mujer que había tomado por Chantal se volvía vieja, fea e irrisoriamente otra.²⁶

Cuando el fenómeno es de gran intensidad se denomina *pareidolia*. En estos casos, y mientras no se perturbe el funcionamiento de la personalidad ni se interfiera significativamente la vida cotidiana de la persona, no se consideran problemas psicopatológicos.

25. F. Prokosch, *op. cit.*

26. M. Kundera, *La identidad* (Barcelona: Tusquets Editores S.A., 1998).

cuando uno está libre y es aprehensivo siente de pronto dolores imaginarios y cree que son reales / en la cana es distinto / cuando se siente un dolor real hay que pensar que es imaginario / a veces ayuda.²⁷

Desde el punto de vista *neurológico*, cuando falla la función integradora de la percepción, se producen las *agnosias*:

- La *agnosia*: es una alteración de las funciones de integración perceptiva caracterizada por una incapacidad de identificar objetos y formas. Cuando se refiere a aspectos del propio cuerpo se hace referencia a las *somatognosias*. Cuando se refiere a aspectos sensoriales táctiles, la lesión cortical está posiblemente ubicada en el lóbulo parietal; si es auditiva, en el lóbulo temporal. En la *agnosia auditiva asociativa* no se reconoce el perro por su ladrido (sonido característico), pero sí visualmente, o por el tacto. Si es visual, la estimulación principal se hará en el lóbulo occipital.

Las agnosias están ligadas a *sistemas sensoriales particulares*, en los que la patología representa un déficit de la *interpretación de la información sensorial*²⁸, más que un déficit en la recepción del estímulo.

Las dos variantes principales de agnosia son la prosopagnosia y la astereognosia.

- La *astereognosia* es una dificultad en el reconocimiento de rostros, el paciente puede ver y reconocer las diferentes partes de la cara, pero no reconoce las caras como entidades en sí, es decir, el *sistema intrínseco que reconoce* no funciona, al punto que los habitantes de los sueños de los prosopagnósicos carecen de caras²⁹.
- La *astereognosia* es una forma de agnosia táctil caracterizada por la incapacidad de reconocer los objetos que se tocan y manipulan, consecutivo a lesiones del lóbulo parietal.

Formas de exploración y detección

En el contexto de la entrevista la sensopercepción se explora con la observación del paciente y con la contrastación con su conducta habitual.

27. M. Benedetti, *Primavera con una esquina rota* (Barcelona: RBA Editores S.A., 1993).

28. E. Goldberg, *El cerebro ejecutivo: Lóbulos frontales y mente civilizada* (Barcelona: Editorial Crítica, 2002).

29. R. Llinás, *op. cit.*

Los trastornos psicógenos graves (alucinación y pseudoalucinación) siempre repercuten en mayor o menor grado en el funcionamiento de la personalidad y, por ello, son susceptibles de producir cambios en el comportamiento. Habitualmente el paciente adopta posiciones de escucha o de contemplación, se defiende de visiones, hace gestos de rechazo o aceptación que no coinciden con los estímulos del ambiente, tiene simplemente actitudes de extrañeza frente a él mismo, se encierra en silencios o musitaciones no concordantes ni explicables. Sin embargo, no siempre es así. En este caso, hay que explorar, a través de un interrogatorio cuidadosamente dirigido y validado, sobre percepciones sin causa aparente o con un significado diferente al usual. La mayoría de las veces el paciente alucinado está también delirante, en cuyo caso es más fácil para el clínico indagar específicamente sobre uno de los dos trastornos, apoyado en la evidencia del trastorno más notorio. Como bien lo anotan Luque y Villagrán el diagnóstico de *alucinaciones* se hace sobre la base de “identificar los otros síntomas, el contexto, los antecedentes personales y la cualidad de las experiencias alucinatorias descritas”³⁰.

El paciente que niega percepciones erróneas pero responde a alucinaciones, ilustra la importancia de observar el comportamiento durante la evaluación. La presencia de alucinaciones en un individuo despierto es sintomática de un proceso psicopatológico³¹. Sin embargo, hay que tener en cuenta que la “falla en el reconocimiento de la irrealidad de las alucinaciones” se entiende como “un error de la función ejecutiva”³² de los lóbulos frontales.

Como bien anotó Sacks³³, la *imaginación* es cualitativamente diferente de la alucinación y no aparece proyectada en el espacio exterior, ni es incontrolable, ni es autónoma, ni tampoco desestructura el funcionamiento psíquico.

En el caso de los trastornos neurológicos (alucinosis), la presencia de los síntomas es más evidente y generalmente, por lo egodistónico y por la crítica que hace el mismo paciente, es más fácil abordarlos e identificarlos en el contexto de los otros síntomas y signos exhibidos (estado de conciencia, fiebre, escalofríos, sudoración, etc.).

30. R. Luque y J. M. Villagrán, "Alucinaciones y otras pseudopercepciones", en *Psicopatología descriptiva: Nuevas tendencias* (Madrid: Trotta, 2000).

31. J. Rundell y M. Wise, *Fundamentos de la psiquiatría de enlace* (Bogotá: Licitelco S.A., 2003).

32. M. Taylor and N. Vaidya, *Descriptive Psychopathology*, ebook (New York: Cambridge University Press, 2009).

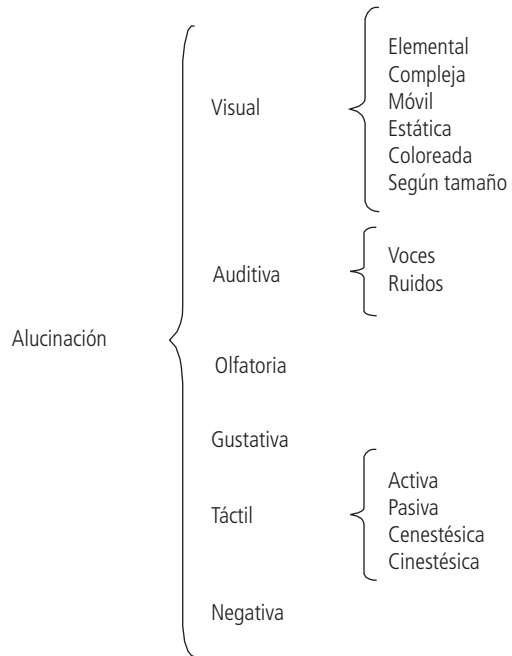
33. O. Sacks, *Hallucinations* (New York: Random House, 2012).

Hay que recordar que uno de los mayores temores del paciente paranoide es llegar a ser descubierto por la mirada de los demás, la mirada que puede captar su punto vulnerable, casi siempre más imaginario que real: una deformidad física en el *delirio dismórfico*, el desprendimiento de malos olores en el *delirio disósmico*, o algún elemento fisionómico o conductual que pueda poner al sujeto en evidencia como un individuo homosexual, masturbador, carente de inteligencia, autor de un delito que en realidad no ha cometido, hace que rehúya al máximo la observación de otras personas. Se esfuerza en extremo en pasar inadvertido. Cuando está en presencia de otros, se dedica a vigilarlos escrupulosamente tratando de captar alguna expresión verbal o gestual que confirme su sospecha o presunción de que se le está identificando. La humillación definitiva puede llegar en cualquier momento. Cada vez que esto ocurre, *el delirio de autorreferencia se consolida*³⁴.

En otras palabras, la observación del trastorno sensorio-perceptivo, puede conducir a la observación del trastorno del pensamiento, y viceversa.

34. F. Alonso-Fernández, *op. cit.*

Sinopsis



Pseudoalucinación

Alucinosis

Motricidad

Si antes de cada acción pudiésemos prever todas sus consecuencias, nos pusiésemos a pensar en ellas seriamente, primero en las consecuencias inmediatas, después, las probables, más tarde las posibles, luego las imaginables, no llegaríamos siquiera a movernos de donde el primer pensamiento nos hubiera hecho detenernos.

SARAMAGO

Definición y conceptos básicos

La *motricidad* es una capacidad de múltiples matices, que en los seres vivos que la poseen varía desde el elemental movimiento reflejo hasta el complejo movimiento organizado y activamente dirigido, siendo en ambos casos, clave para la supervivencia.

El sistema nervioso solo es necesario en animales multicelulares con movimiento activo dirigido: “es como si los organismos sésiles, de hecho, hubieran decidido no tener sistema nervioso”, habiendo evolucionado exitosamente sin él.

Como es absolutamente indispensable que los animales anticipen el resultado de sus movimientos, la *predicción* (función más antigua que la conciencia) de eventos futuros es vital para moverse eficientemente. La evolución del sistema nervioso suministró un plan de predicciones para que el animal se pudiera mover en determinada dirección según un *cálculo interno* de lo que puede encontrar afuera. Así, la predicción de eventos futuros, vital para moverse eficientemente, es sin duda la *función cerebral fundamental*¹. En este sentido, el

1. R. Llinás, *El cerebro y el mito del Yo: El papel de las neuronas en el pensamiento y el comportamiento humano* (Bogotá: Editorial Norma, 2003).

cerebro humano deja de ser simplemente un órgano pasivo que espera estímulos para reaccionar, pues en forma activa y continua trabaja “proactivamente” con las memorias (del pasado), o con experiencias (actuales), para continuamente *interpretar* información (sensorial), en la cual se apoya para *predecir* eventos (futuros). Para realizar esta tarea, *elabora mapas, hace representaciones mentales* (por asociación con experiencias previas) y *genera predicciones*. Al mismo tiempo, *explora enlaces con memorias emocionales y prepara la acción*².

Así, entonces, el cerebro es proactivo y constantemente genera predicciones (que anticipan eventos futuros), a partir de *información elemental* que es rápidamente extraída y *enlazada* con *analogías previas* (memorias de eventos parecidos) y con *representaciones mentales* (que ya han sido exitosamente guardadas en la memoria). En el caso de las situaciones complejas, el cerebro trabaja las predicciones con base en *múltiples analogías*³.

La *conducta motora* es una forma de comunicación que se expresa a través de la motricidad; sirve para externalizar parte del funcionamiento psicológico del individuo, principalmente el emocional.

La motricidad es *acción*, y esta acción en el hombre es *conducta*.

El conjunto de movimientos corporales habituales forma parte del repertorio de características de la personalidad.

Bases biológicas de la función

Dado que el cerebro es un requisito evolutivo para el movimiento guiado, que la evolución del sistema nervioso suministró *un plan compuesto de predicciones*, y que la mayoría de ellas se orienta hacia una meta o pronóstico de *algo específico*, entender las bases biológicas que sustentan la motricidad se convierte en un ejercicio complejo, prerequisite para entender cerebro y mente. Según Llinás, el control cerebral del movimiento organizado dio origen a la generación y naturaleza de la mente.

El *cerebelo* es responsable de la coordinación motora, aunque no el centro del aprendizaje motor⁴.

El ritmo de la contracción muscular *voluntaria* es de 8-12 Hz, y, por ejemplo, para alcanzar una botella de leche se necesitan aproximadamente 50 músculos

2. K. Kueraga *et al.*, "Top-Down Predictions in the Cognitive Brain", in *Brain Cogn*, 65(2): 145-68 (Nov., 2007).
3. M. Bar, "The Proactive Brain: Memory for Predictions", in *Philos Trans R Soc Lon B Biol Sci*, 364(1521): 1235-1243 (May., 2009).
4. R. Llinás, *op. cit.*

de la mano, el brazo y el hombro, lo cual presupone que habrá más de 10 elevado a la potencia 15 de posibles combinaciones de contracciones musculares. Si tras evaluar todas las posibilidades, milisegundo por milisegundo, se opta por la mejor de ellas, entonces deberán tomarse 10 elevado a la potencia 18 decisiones por segundo. Si recordamos que cada músculo consiste en un mínimo de 100 unidades motoras y cada tensión implica diversas agrupaciones de ellas, resulta más notable que solo una fracción del total de neuronas, las ubicadas en el *cerebelo*, procesen la mayor parte del *control motor* necesario que sincronice y garantice la exactitud de la respuesta motora anotada.⁵

Llinás acude a los PAF o *patrones de acción fijos* (conjuntos de activaciones motoras automáticas, innatas, involuntarias, reflejas, pero que pueden modificarse, aprenderse, recordarse, perfeccionarse y coordinarse, característicos de toda la especie, que liberan al sujeto del control del movimiento) para explicar cómo de esta manera es posible para la mente dedicarse a otras cosas que interesan al foco de conciencia mientras se lleva a cabo el movimiento, *al eliminar del sistema consciente un número casi infinito de otros patrones neuromotores*. Los PAF más complejos se generan en los *ganglios basales*, conectando sinápticamente con el *tálamo* y la *corteza cerebral*. La mayoría de las conexiones internas de los ganglios basales son inhibitorias y representan, en esencia, la *negación de la actividad*.

Los PAF implicados en eventos vegetativos y emocionales se desencadenan por activación del *hipotálamo*.

Un exceso de PAF por destrucción parcial de ganglios basales liberados “fuera de contexto” es producido en el *síndrome de Tourette*, que se manifiesta en hiperactividad, viéndose el paciente obligado a continuar el acto gritando improprios en las que la falta de inhibición libera “palabrotas que generalmente no vienen al caso en un ascensor”.

Un déficit de PAF se presenta en el *síndrome de Parkinson*, en el que no se puede expresar el estado emocional porque se han perdido los PAF motores asociados a la emoción.

Por otra parte, el hecho de que la frecuencia repetitiva de un mismo movimiento parece ser de 11/seg. y la velocidad máxima del movimiento voluntario no puede superar la del temblor fisiológico del músculo, hacen presuponer la presencia de un *marcapaso oscilatorio y periódico de origen central*

5. R. Llinás, *ibidem*.

que sincronice la actividad neuromotora que permite asegurar una respuesta uniforme. El *núcleo de la oliva inferior* desempeña un papel fundamental en la temporalidad de la coordinación del movimiento y el sistema olivo cerebeloso es capaz de optimizar y simplificar el *control motor*.

Las interconexiones del *rinencéfalo* y las áreas afines relacionadas con las emociones y su conectividad con la *amígdala*, el *tálamo*, los *ganglios basales* y el *hipotálamo*, conforman el sustrato neuronal para la adquisición y expresión motora de los estados emocionales.

La *corteza prefrontal* representa un papel en la definición de qué elementos se han de percibir y también en la selección de la acción o respuesta conductual⁶.

En síntesis, y de acuerdo con Llinás, la organización y la función cerebral se basan en *la integración de la motricidad durante la evolución*; la mayor parte de los patrones motores son innatos y para que las respuestas motoras no sean fijas se necesita del advenimiento de la conciencia.

Por último, para que la interacción motora sea exitosa, esta debe ser inteligente y rápida; de lo contrario, moverse resultaría definitivamente peligroso, como ya se ha anotado reiteradamente.

La selección de la acción es el resultado de la competencia sinérgica entre tendencias de respuesta *prefrontal* que representan los objetivos a seguir.

Por otra parte, el desacoplamiento de esos objetivos como resultado de una disminución del umbral para la selección de la conducta por desconexión de las citadas regiones prefrontales, da como resultado la *inhibición de la conducta*.

De esta manera, la *pasividad* es una *acción* inducida por la percepción de los efectos, pero sin que ocurra efectiva integración con el sistema motivacional.

Funcionamiento psicológico normal en la vida cotidiana

La psicomotricidad es una función que se empieza a desarrollar *in utero*, pero es en los dos primeros años de vida cuando alcanza su máximo desarrollo. Alteraciones en estas etapas iniciales generalmente tienen repercusiones significativas en los estadios ulteriores. El desarrollo de la función va a permitir una adecuada adquisición de los movimientos que permiten la exploración del mundo, el aprendizaje y la futura vida de relación. Por otra parte, permite la

6. R. P. Behrendt, "A Neuroanatomical Model of Passivity Phenomena", in *Conscious Cogn*, 13(3):579-609 (Sept., 2004).

adquisición del conjunto de habilidades que facilitan la comunicación y de aquellas que facilitan el desarrollo de la inteligencia.

El niño, antes de adquirir el lenguaje hablado, logra un *lenguaje corporal* o *preverbal* que se mantendrá, aunque cada vez menos dominante, a lo largo de la vida, sin que nunca desaparezca del todo.

De hecho, el lenguaje corporal realza y da énfasis al lenguaje verbal, al punto que cuando se elimina el lenguaje corporal se pierde gran parte de la *capacidad comunicativa*.

La mayor parte de la *mímica comunicativa* se centra en la musculatura de la cara, pero es también importante la de extremidades y tronco.

Hay algunos movimientos que no tienen función comunicativa, pero que se repiten con frecuencia: son los llamados *movimientos parásitos*, que en sí mismos no siempre son psicopatológicos.

Hay una secuencia mental en el proceso que termina en acción. En el caso del hombre dicho proceso involucra al pensamiento, el deseo o volición (de la acción), la elección (de las múltiples opciones de acción u omisión de la acción), e incorpora la conciencia de la acción (como propia, es decir, la vivencia de la propia autoría) y la evaluación de las consecuencias de la acción (u omisión de la acción).

En forma normal el pensamiento previo a la acción es consistente con la acción y aparece como alternativa exclusiva que causa la acción. Simultáneamente se experimenta la *volición* o *deseo consciente*, que es el que permite la vivencia de la autoría. El resultado es que *pensamos que hemos causado una acción* (y no que hemos hecho un proceso que ha desencadenado una secuencia de causalidades traducidas en acción). Esto se debe a que la experiencia del deseo consciente nace cuando *la mente se interpreta a sí misma*, y este proceso es independiente del proceso en el que la mente crea la acción⁷.

Por otra parte, las acciones se experimentan no a través de los procesos conscientes de su ejecución, sino por medio de la percepción de sus efectos.⁸

La *intención* se da cuando ocurre volición o deseo (de la acción) sin acción, porque es previa a la acción.

La acción es *voluntaria* cuando se ha dado previamente la intención.

7. D. M. Wegner, "Precis of the Illusion of Conscious Will", in *Behav Brain Sci*, 27(5): 659-692, 649-59; discussion (Oct., 2004).

8. R. P. Behrendt, *op. cit.*

Psicopatología

Trastornos cuantitativos

- Por *exceso*: generalmente desorganizan toda la conducta y parecen estar en relación con un decremento del flujo sanguíneo cerebral en la corteza prefrontal derecha y un incremento de dicho flujo en el área cingulada anterior derecha⁹.
 - *Agitación*: trastorno de hiperactivación psíquica determinado por la exaltación de las funciones psicomotoras, expresado a través de los movimientos desordenados de los miembros, de las expresiones mímicas y de los gestos. Generalmente se presenta en forma de crisis, de corta o mediana duración, y no pueden ser controlados en forma voluntaria. Es típica de la manía. Se correlaciona con taquipsiquia y con taquilalia.
- Por *defecto*: la hipoactividad es frecuente en la depresión. La pobreza psicomotora habitual y persistente *sin depresión* evidente está asociada a los llamados *síntomas negativos*, reportados en ciertos tipos de esquizofrenias, y se ha correlacionado con una disminución de la actividad del lóbulo frontal, más específicamente con una disminución en el flujo sanguíneo cerebral prefrontal y de un aumento de dicho flujo en el Núcleo Caudado izquierdo.¹⁰
 - *Inhibición*: trastorno determinado por la inercia y la pérdida de iniciativa motora. Es frecuente que sobre este fondo de pasividad se observen fenómenos psicomotores semiautomáticos y semintencionales, generalmente de larga duración. Se correlaciona con bradipsiquia y con bradilalia.
 - ✓ *Catalepsia*: es el estado caracterizado por una rigidez muscular particular, “plástica”, en el que predomina el mantenimiento de las actitudes impuestas. El sujeto está prácticamente inmóvil sin responder a estímulos, pero resiste a la movilidad pasiva. Se relaciona con la *cataplejía* en la que la pérdida del tono muscular se acompaña de una disminución de la fuerza muscular y un incoercible deseo de dormir.

9. S. Frangou and R. M. Murray, *Schizophrenia* (London: Martin Dunitz, 1997).

10. S. Frangou and R. M. Murray, *ibidem*.

- ✓ *Flexibilidad c erea*: es la plasticidad de las masas musculares en los movimientos pasivos. Los miembros pueden ser colocados en posiciones forzadas, inc omodas e incluso antigravitacionales, sin que el sujeto haga defensa o adem an de recuperar su postura inicial.
- ✓ *Catatonía*: es la p erdida de la espontaneidad e iniciativa motora intercalando episodios de movimientos desorganizados (que pueden derivar incluso en agitación) y episodios de inercia y negativismo. La catatonía, al igual que la *perseveración* y ciertas *conductas estereotipadas*, est  relacionada con alteraciones en circuitos del *l obulo frontal*¹¹.
- ✓ *Oposición negativista*: es de tipo voluntario.
- ✓ *Pasividad*: es una *acción* inducida por la percepción de los efectos disociada del sistema motivacional, típica de la inhibición esquizofrénica:

Cada atardecer, todos los hombres, mujeres y niños de cualquier población dejaban sus ocupaciones cotidianas, si es que las tenían, y se sentaban agachados en las calles o en los tejados de sus casas, mientras los lamas y los trapas dirigían sus rezos, cantando una y otra vez el llamamiento vespertino al olvido. (...) Es de suponer que esta religión los preparaba para el olvido del Nirvana, pero los hacía ser tan flemáticos en esta vida, tan inconscientes del mundo que los rodeaba, que yo no podía imaginarme cómo iban a reconocer el otro olvido cuando llegaran a él. La mayoría de las religiones inspiran a sus seguidores cierta actividad e iniciativa. Incluso los detestables hinduistas se mueven algunas veces, aunque solo sea para degollarse los unos a los otros. Pero los pota stas no tienen la iniciativa necesaria para matar a un perro rabioso, ni se molestan para sacárselo de en medio cuando ataca. Por lo que yo pude ver, los bho manifiestan una única ambición: interrumpir su letargo constitucional el tiempo estrictamente necesario para avanzar en el camino hacia un estado de coma absoluto y eterno.¹²

Trastornos cualitativos

- *Estereotipias*: son la exageración o la repetición reiterada e innecesaria de un acto simple como frotar, rascar, mover las piernas estando sentado, o de actos más complejos, ejecutados en forma automática e

11. M. Taylor and N. Vaidya, *Descriptive Psychopathology*, ebook (New York: Cambridge University Press, 2009).

12. G. Jennings, *El Viajero (Marco Polo)* (Barcelona: Editorial Planeta, 2003).

inconsciente y que no corresponden a trastornos de origen extrapiramidal. Se asocian con exceso de levodopa¹³.

- *Manerismos*: son movimientos parásitos que aumentan la expresividad de los gestos o de la mímica, tales como la “sonrisa de La Mona Lisa” de los esquizofrénicos, o las posturas afeminadas, aristocráticas o de indolencia.
- *Ecopraxias*: es la imitación automática de los movimientos realizados por otro, adoptando conductas de imitación en *espejo*.

Otros trastornos de movimientos de grupos musculares

- *Tics*: movimientos rápidos y espasmódicos, repetitivos e involuntarios, de grupos musculares (cara, cuello, cabeza) que en apariencia carecen de sentido y que se incrementan en situaciones de tensión. Guiños del ojo, fruncir las cejas, etc.
- *Temblores*: contracciones alternantes de grupos musculares agonistas y antagonistas, y que generalmente son involuntarios. Deben descartarse patologías neurológicas. Los de origen psicógeno se corresponden con estados de ansiedad o miedo intenso.
- *Convulsiones*: contracciones violentas de grupos de musculatura voluntaria, de origen generalmente orgánico y se corresponden con las epilepsias. Tienen importancia psicopatológica las convulsiones hísticas o por sugestión y disociación.

Trastornos disociativos

La acción ocurre sin volición.

Cuando la acción ocurre sin volición o sin deseo (de la acción), en forma involuntaria e inconsciente, se producen discordancias entre lo que la *mente*, el *cerebro* y el *cuerpo* procesan simultáneamente (en el mismo momento en que se lleva a cabo la acción) y en forma no integrada, dan lecturas independientes que no se corresponden con lo que está sucediendo en la realidad objetiva, por lo cual la conducta observable es, de hecho, disociada de la realidad.

13. A. W. Flaherty, “Frontotemporal and Dopaminergic Control of Idea Generation and Creative Drive”, in *J Comp Neurol*, 493(1): 147-153, Dec. 5, 2005).

Este tipo de disociaciones es frecuente en los procesos disociativos de la identidad, durante las alucinaciones de la esquizofrenia, la hipnosis, o en casos de alta sugestionabilidad¹⁴, o bajo los efectos del estrés postraumático severo.

El *síndrome disociativo* implica el fracaso de la función *integradora* de la conciencia, en una forma temporal y habitualmente súbita, como consecuencia de lo cual toda la función psicológica se desorganiza: los pensamientos, los sentimientos, la conducta y otras funciones mentales se expresan, por lo tanto, en una forma incoherente, desunificada, disociada y despersonalizada.

Según cuál sea el área mayormente afectada, la disociación puede constituir trastornos disociativos específicos: si el mayor compromiso es de la memoria (*amnesia disociativa*), o si es de la conducta (*fuga disociativa*), o si es de la conciencia (*identidad disociada*), o de la personalidad total (*personalidad doble*), se configurarán cuadros clínicos psiquiátricos bien definidos.

Formas de exploración y detección

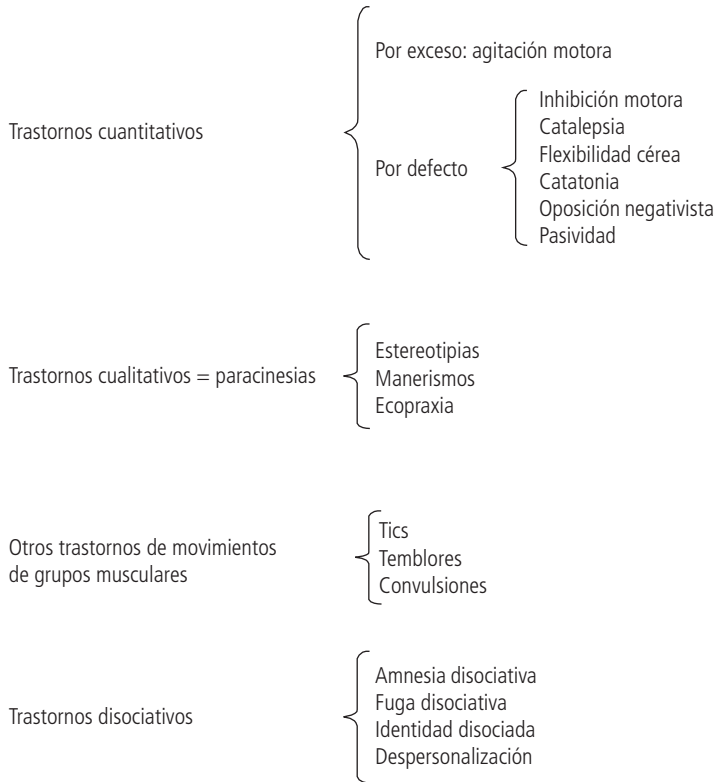
La conducta motora es fácilmente observable en el contexto clínico. Desde el principio debe intentarse la identificación de la causa de la alteración de la conducta motora (orgánica o psicógena).

La anamnesis en la historia clínica y la observación directa durante la entrevista son claves para la detección de estas alteraciones.

La *observación del paciente* permite entender cuándo el movimiento interfiere con la actividad básica; cuándo perturba la funcionalidad del paciente; cuándo es el resultado de factores emocionales puntuales, o precipitantes, específicos; y cuándo la desorganización de la conducta es el resultado de la misma desorganización de la personalidad.

14. D. M. Wegner, *op. cit.*

Sinopsis



Afecto

La gente que uno quiere debería morirse
con todas sus cosas.

GABRIEL GARCÍA MÁRQUEZ

Definición y conceptos básicos

El *afecto* es una capacidad psicológica básica constituida por la totalidad de las emociones, sentimientos, pasiones, estados de ánimo y todos los matices de la experiencia sensible. Según Ey, la vida afectiva constituye siempre la base misma del psiquismo. Más aun, sin afecto no es posible concebir la existencia humana: el afecto es la base de nuestra existencia.

El afecto es la facultad relacional por excelencia¹. En este sentido, el contacto físico canaliza desde temprana edad la expresión del afecto, a través de reacciones de *apego* y *rechazo* que marcarán etapas evolutivas de *simbiosis* y *dependencia*, las cuales serán gradualmente superadas hasta que permitan *separación e independencia* y se pueda manejar maduramente la *pérdida*.

Aunque la capacidad de respuesta afectiva siempre es universal, la capacidad de expresión de dicha respuesta es individual. Las dos pueden estar afectadas por los mecanismos de defensa y por los influjos de la cultura, lo que quiere decir que hay personas que tienen notoria dificultad para expresar sus sentimientos y emociones, y otros tienen capacidad hiperexpresiva de los mismos. La mayoría tiene la capacidad de modular o controlar sus respuestas emocionales en forma adecuada y concordante con la realidad.

1. J. Garcíandía, [Comunicación personal] (Bogotá, 2000).

Un día a fines de julio, cuando preparaba la maleta para ir a Newstead, llegó un criado y me dijo que mi madre había muerto. Inmediatamente fui a Newstead y subí con toda premura la escalera. Las cortinas estaban corridas y ardía una vela, me arrodillé en silencio a la vera de la cama.

¿Pero, por qué, por qué el dolor tardaba tanto en llegar?

¡Mi temible y devoradora madre, cuya proximidad aborrecía, pero a la que necesitaba de manera tenebrosa y desesperada!

Pasé la noche sentado junto a la cama, y solo cuando la luz del alba se filtró entre las cortinas y cubrió con luz gris la abultada colcha, solo entonces me di cuenta al fin de la realidad de la pérdida sufrida, y el dolor que llevaba escondido en mi interior salió bruscamente a la superficie, y me desmoroné sobre la alfombra, para verter amargas lágrimas.

Pero incluso en esos instantes, y es horrible decirlo, miré mi cuerpo postrado y pensé: “Sí, sí, en fin de cuentas, es capaz de sentir dolor. Míralo, ahí está el brillante poeta, con toda su elegancia y toda su belleza, derrumbado por una pena sin palabras”.

Mi madre fue enterrada tres días después en el Panteón familiar. Pero me negué a asistir al entierro. Permanecí de pie en la escalinata y contemplé el cortejo hasta que se desvaneció entre los árboles. Entonces, llamé a Bob Rushton. Fuimos al rectorio. Me puse los guantes de boxeo, y comencé a intercambiar golpes de entrenamiento con él. De repente, Bob Rushton emitió un leve grito. Uno de mis golpes, insólitamente violento, le había dado en un ojo, y comenzó a sangrar. Me quité los guantes, y regresé a mi aposento. Corrí las cortinas, me tendí en la cama, y por fin, dormí.²

La *emoción* es una respuesta evolutiva primaria y refleja frente a una determinada *experiencia*.

Para Llinás, las emociones representan la plataforma *promotora* que impulsa o que frena la mayoría de nuestras acciones y se cuentan entre las más antiguas propiedades del cerebro.

Los estados emocionales contextualizan el comportamiento motor. Ciertos estados emocionales ya vienen preinstalados filogenéticamente y operan desde el nacimiento.

Es un factor clave en la primitiva respuesta de supervivencia frente al peligro (que a su vez activa las reacciones de enfrentamiento o huida). La generación

2. F. Prokosch, *El manuscrito de Missolonghi* (Barcelona: Editorial Planeta, 1968).

de la emoción refleja una rápida cascada de reacciones que evocan hipactivación general y arousal.

La emoción, es entonces, un estado afectivo agudo, brusco, intenso y pasajero, desencadenado por una percepción o por una representación que exige un estado de hiperalerta, por lo cual se acompaña de una exagerada reacción *neurovegetativa*, que genera un *amplio correlato somático*.

La *experiencia emocional* es expresada continuamente a través de elementos conscientes, como de expresiones subjetivas, y es evocada por estímulos externos o internos (pensamientos, recuerdos de experiencias). De ahí que de la disfunción de cualquiera de las fases de *percepción emocional*, o de *expresión emocional*, puede emerger como psicopatología. Cuando se afecta la modulación de la respuesta, la emoción tiende a expresarse, bien como inapropiadamente intensa o inapropiadamente prolongada³.

Temor y angustia son *emociones primarias*, y su presencia provee una clara ventaja evolutiva sobre especies que no las tienen. Estas emociones primarias ayudan a coordinar los procesos psicológicos, cognitivos y comportamentales para adecuarlos como una *rápida y adaptativa* reacción a las exigencias ambientales.

Las *emociones secundarias* o *sociales* (*orgullo, gratitud*) son básicamente humanas, resultantes de combinaciones de las primarias, pero evaluadas por un componente *cognitivo* mediado por *córtices cerebrales*, cuyos contenidos, aunque básicamente *aprendidos* y afectados por la cultura, también tienen importancia biológica⁴.

Cuando la emoción es intensa, “uno se ve arrastrado por su fuerza. Esto se aplica al amor, el odio, la ira, los celos, etc.”⁵.

Ey denomina *emociones paroxísticas* a, por ejemplo, la *rabia*, el *desespero*, el *miedo* o la *cólera*, las cuales se acompañan de manifestaciones fisiológicas intensas y típicas: reacciones vasomotoras (palidez o enrojecimiento), intestinales (diarrea), renales (poliuria), secretoras (sudoración), circulatorias (taquicardia), respiratorias (taquipnea), musculares (espasmos) etc., que producen un desequilibrio psíquico y somático que actúa, como bien lo describe Vallejo,

3. M. Taylor and N. Vaidya, *Descriptive Psychopathology*, ebook (New York: Cambridge University Press, 2009).

4. M. Taylor and N. Vaidya, *ibidem*.

5. Varios, *On the Wings of the Swan*. Conversaciones con Swami Niranjanananda Saraswati (Bogotá: Academia de Yoga Satyananda, 2005).

como un estimulante para la adaptación del sujeto frente al desencadenante. Si la desadaptación es muy intensa, puede desorganizar la conducta del individuo.

Las emociones tienen un sustrato orgánico expresado a través del sistema nervioso vegetativo activador (simpático), de las secreciones de adrenalina y noradrenalina, así como de secreciones hormonales del eje hipotálamo-hipofisario. Tiene *función adaptativositucional*, y su expresión está muy influenciada por el aprendizaje y la cultura.

De tiempo atrás se conoce el impacto que sobre el *aprendizaje*, las *motivaciones*, la *conducta* y la *intencionalidad* tienen las llamadas “*emociones positivas*” y las “*emociones negativas*” (ira, agresividad, miedo), las cuales –estas últimas– interfieren con el aprendizaje, con el sistema motivacional, y modifican negativamente algunos aspectos de la conducta al reforzar la *rumiación* y el *pensamiento intrusivo*.

Las emociones constituyen el último *mapa sensorial* al que acude el cerebro para integrar con los otros *mapas cognitivos*, la *imagen virtual de la realidad*.

Alguna vez ha notado, Su Ilustrísima, ¿cómo la rabia puede hacer que diferentes personas adquieran distintos colores? La cara de Pactli estaba casi morada; la de mi madre, casi blanca. Tzitzí se llevó la mano a la boca, lo mismo que Tatli y Chimali.

Pactli desvió su mirada ominosa de mí a ellos y luego la deslizó por toda la concurrencia, de la cual la mayoría de las personas parecían querer volverse aun de otro color: el color invisible del aire.⁶

El sentimiento: es un estado afectivo más estable, complejo y duradero que la emoción; pero, a diferencia de ella, es menos intenso y tiene menor repercusión fisiológica. Tiene *función adaptativa reguladora*. Se corresponde con un mayor nivel de control cerebral, lo que coincide con el desarrollo de habilidades sociales.

La pasión: es un estado afectivo intensamente intelectualizado que da lugar a *ideas sobrevaloradas*. Tiene la intensidad de las emociones, pero la duración de los sentimientos. Su aparición en el hombre es más tardía que las anteriores, pues implica un mayor desarrollo cerebral y una definida corticalización.

Justin ya no rendía cuentas a nadie, salvo a ella. Si Tessa era dispersa, así sería él. Allí donde fuera metódica, él se sometería a su método. Allí donde saltara de una idea a otra dejándose guiar por la intuición, él la cogería de la mano

6. G. Jennings, *Azteca* (Barcelona: RBA Editores S.A., 1993).

y saltarían juntos. ¿Tenía hambre? Si Tessa no tenía, tampoco él. ¿Le vencía el cansancio? Si Tessa podía quedarse en vela media noche, sentada en bata ante su escritorio, Justin aguantaba despierto la noche entera, y todo el día siguiente, y la noche siguiente también.⁷

El estado de ánimo: es un estado afectivo que tipifica de manera duradera la vivencia de un individuo.

Un individuo alegre contemplará su vida con mayor optimismo, convicción y dinamismo que un sujeto triste, que lo verá todo negro, con pesimismo y lentificado.⁸

La afectividad de base u holotímica está en relación con el conjunto de los afectos y fenómenos de la afectividad habitual, “es decir, todos los matices del deseo, placer y dolor, que entran en la experiencia sensible en forma de lo que se denominan los *sentimientos vitales*, el humor y las emociones”.

La afectividad catatímica es la formada por la afectividad reactiva elaborada en un sistema personal de tendencias afectivas complejas⁹.

Sin embargo, en términos de la comprensión de la descripción en el contexto del examen mental de la afectividad, habitualmente se entiende por *afecto de base* el más característico o típico de la personalidad del sujeto (habitualmente triste o alegre, pesimista u optimista, agresivo etc.), en oposición al *afecto actual* que se vive en un momento circunstancial de la existencia (el sujeto habitualmente alegre y optimista, pero actualmente triste y pesimista).

Estar feliz y sin embargo no ser feliz. Ah, pero nunca imaginé que el estar feliz incluyera ¿sabés? tanta tristeza.¹⁰

Los *afectos fundamentales* pueden ser de tipo depresivo o de tipo expansivo.

- Los *afectos depresivos* expresan la insatisfacción y la tensión de las pulsiones. Su tonalidad cualitativa es la del dolor emocional, la tristeza y la angustia.

7. J. Le Carré, *El jardinero fiel* (Barcelona: Plaza y Janés Editores S.A., 2001).

8. H. Ey, *La conciencia* (Madrid: Gredos, 1967).

9. J. Vallejo, *Introducción a la psicopatología y psiquiatría* (Barcelona: Toray-Moscú, 1998).

10. M. Benedetti, *Primavera con una esquina rota* (Barcelona: RBA Editores S.A., 1993).

Todos tenemos nuestros momentos de flaqueza, menos mal que todavía somos capaces de llorar, el llanto muchas veces es una salvación, hay ocasiones en que moriríamos si no llorásemos.¹¹

Los afectos depresivos en su estado de regresión más profunda descargan una tensión insoportable que se externaliza en forma de sentimientos vitales de disgusto, abatimiento e inquietud, o de emociones paroxísticas de ira, rabia, desespero, miedo o cólera.

Una modalidad de afecto depresivo la constituye el *aburrimiento* que en el fondo conlleva elementos de rabia y tristeza.

Jean-Marc recordó su vieja teoría: hay tres tipos de aburrimiento: la chica que baila y bosteja; el aburrimiento activo: los aficionados a las cometas; y el aburrimiento rebelde: la juventud que quema coches y rompe escaparates.¹²

- El *dolor emocional* es una cualidad fenomenológica *egodistónica* que no puede ser simulada, como sí puede simularse el comportamiento del hombre que está sufriendo.
- La *tristeza* tiene una connotación dolorosa y egodistónica para el Yo que tiñe en forma sombría y con sufrimiento el presente, e incluso el pasado y el futuro del sujeto. Generalmente es más duradera que la alegría y es el polo opuesto de aquella. La tristeza es una forma de reaccionar a una pérdida, a una aflicción, a una derrota, a la renuncia a la satisfacción del deseo, a la pérdida del equilibrio entre el querer y el poder. La tristeza muy frecuentemente va ligada con la agresividad generada por la frustración:

la tristeza también es temible / no solo propia sino también la ajena / qué hacer por ejemplo ante el compañero de celda semejante hombrón que de pronto se sacude y solloza en medio de la eterna penumbra de la noche en cárcel / vaya uno a saber qué recuerda o añora o lamenta o aguanta / el sollozo fraterno lo empapa a uno como una llovizna pertinaz de la que es imposible guarecerse / y no bien uno queda calado hasta los huesos entonces empiezan a despertarse una a una las tristezas personales / las tristezas son como los gallos / canta una

11. J. Saramago, *Ensayo sobre la ceguera* (Barcelona: Santillana S.A., 2000).

12. M. Kundera, *La identidad* (Barcelona: Tusquets Editores S.A., 1998).

y en seguida las otras se inspiran / y solo así uno se da cuenta de que la colección es enorme e incluso que uno tiene tristezas repetidas.¹³

- La *angustia* normalmente siempre está presente en el hombre consciente, y se dice que es el *motor de la vida psicológica* porque estimula al psiquismo en la búsqueda de soluciones adaptativas a conflictos y a los problemas propios de la existencia. Se traduce como una sensación de *estrechamiento* displacentero que moviliza automáticamente respuestas fisiológicas autónomas, como taquicardia, sudoración, temblor distal, en ocasiones diarrea, urgencia de micción o aprestamiento para la acción o parálisis de la misma. Estar angustiado es estar sobrecogido; la angustia inhibe.

El hombre sin angustia, está enfermo¹⁴. La angustia pesa sobre el hombre como una carga grave de la que no puede deshacerse. No hay hombre libre de angustia, aunque hay hombres que pueden reprimir su angustia en forma tan completa que ya no se manifiesta fenomenológicamente (los psicópatas, por ejemplo).

Lo desconocido actúa a menudo como disparador de angustia, pero también, como lo anota Freud, la ausencia de lo conocido (vivencia de abandono). Adónde vas, que es, probablemente, la pregunta que más hacen los hombres a sus mujeres, la otra es Dónde has estado.¹⁵

- La *ansiedad* es una condición en la que, siendo el afecto de base el mismo de la angustia, posee una expresión semiológica diferente, especialmente en lo psicomotor: estar ansioso es *estar sobresaltado*¹⁶.

Además del papel que juegan las estructuras cerebrales en la génesis de la ansiedad, esta puede surgir cuando las *experiencias de apego* que generan desde la infancia el comportamiento vincular característico de todas las especies “sociales” se ve interferido, y

13. M. Benedetti, *op. cit.*

14. G. Condrau, *Angustia y culpa* (Madrid: Gredos, 1968).

15. J. Saramago, *op. cit.*

16. H. Santacruz, "Angustia, ansiedad, tensión, estrés", en *Universitas Médica*, vol. 40: 137-140 (Pontificia Universidad Javeriana, 1999, Bogotá).

ello se visualiza en la *ansiedad de separación*, fenómeno fundamental de la vida psíquica.

- Los *afectos expansivos* expresan el júbilo ligado a la satisfacción de necesidades vitales, pulsionales y libidinales. Su tonalidad afectiva es la del placer, la esperanza y la dicha. Se externalizan como alegría y placer y pueden adoptar las tonalidades afectivas de euforia, bienestar y animación, o en forma paroxística como brotes de entusiasmo o hilaridad.
 - La *alegría* es un estado de bienestar en el que se exalta la función psicológica del sujeto, para el cual la egosintonía es elemento fundamental que tiñe de vivencia de plenitud el presente. Sin embargo, es un estado transitorio y pasajero. La alegría debe tener causa objetiva suficiente que modifique el presente, así sea vista esta causa como una perspectiva de satisfacción futura que es ya satisfactoria en el mismo presente. El sujeto se siente capaz y potente, optimista, radiante de energía, y su expresión le llevará incluso a transferir a su entorno su propio estado: comprará, invitará, regalará¹⁷.
 - La *hipomanía* es un estado intermedio entre los extremos de la alegría patológica y la manía.
El extremo de los afectos expansivos está representado por la *manía*, en la cual hay alteración del afecto, con exaltación simultánea y presentación clínica congruente con *taquipsiquia* y con desorganización de la *motricidad (agitación)* y de la *conducta*.

Lo primero que la naturaleza exige es aprender a temer. Huida, parálisis de la huida, fingirse muerto y agresión pueden ser consecuencias de la angustia.

Un ermitaño entra en diálogo con diversos animales del bosque, tratándose el tema de cual sea el origen del sufrimiento en el mundo. El cuervo hace de ello responsable al hombre; la paloma, al amor; y la serpiente, al mal. Pero el ciervo dio la siguiente explicación: Ni el hombre, ni el amor, ni tampoco la maldad son la causa del dolor; solo la angustia produce todo el dolor del mundo. Si no fuese necesario sentirse angustiados, cuán hermoso sería todo en el mundo. Tenemos piernas ligeras y fuerza en exceso. De un pequeño animal

17. J. Vallejo. *op. cit.*

nos defendemos con la cornamenta, de uno grande podemos huir. Pero no, la angustia no nos abandona. Nunca ni en lugar alguno encuentras tranquilidad. Todo el sufrimiento procede de la angustia.¹⁸

Bases biológicas de la función

La afectividad es generada subcorticalmente. El *rinencéfalo* genera no solo las emociones sino también un conjunto de posturas motoras, autonómicas y endocrinas que disponen a la acción, y además se constituyen en una forma de *señalización social de la intencionalidad*. Los estados emocionales cardinales (los “pecados capitales: orgullo, ira, ambición, lujuria, envidia, pereza y gula”) son probablemente liberados por péptidos moduladores, lo cual explica su caracterización universal reconocida en la mayoría de las culturas¹⁹; el *sistema límbico* es el área de la asociación de las emociones que modula el estado emocional e interviene en el complejo campo de la elaboración de las motivaciones. Una de sus estructuras, el *hipocampo*, es generador de ansiedad.

El *locus coeruleus* es el centro neuroexcitatorio responsable de las crisis de pánico²⁰.

Otra estructura, la *amígdala*, está relacionada con respuestas agresivas y con la conducta sexual, y su resección se relaciona con graves trastornos de la conducta. La amígdala también media en respuestas de ansiedad y pánico, y puede dirigir la expresión de ciertas emociones produciendo un tipo de afecto particular pues *asigna un significado emocional a la experiencia sensorial*. Lesiones en la amígdala condicionan la ausencia de vehemencia requerida para iniciar o completar los actos más simples y quienes la padecen parecen incapaces de generar los sentimientos emocionales que generalmente acompañan a situaciones amenazantes o incluso dolorosas, no reconocen el contexto del peligro, a pesar de tener intactas las perspectivas sensoriales y motoras: se muestran inusualmente plácidos y emocionalmente indiferentes (*Síndrome de Kluber-Bucy*). En este síndrome se dispone de los PAF²¹, pero no de la

18. Tolstoi citado por Hediger, en G. Condrau, *op. cit.*

19. R. Llinás, *El cerebro y el mito del Yo: El papel de las neuronas en el pensamiento y el comportamiento humano* (Bogotá: Editorial Norma, 2003).

20. H. Santacruz, *op. cit.*

21. Ver capítulo *Motricidad*.

amplificación emocional o contextual necesaria para liberarlos en una expresión emocional.²²

El *septum*, por su parte, se relaciona con sensaciones de placer, y el *cingulo* es fundamental para la respuesta conductual de la emoción.

El *hipotálamo* dirige la expresión de los componentes motores y endocrinos del estado emocional. El hipotálamo suministra el vínculo fisiológico entre el estado emocional y los PAF motores y sus eventos vegetativos.

En la *sustancia gris alrededor del Acueducto de Silvio* hay alta concentración de endorfinas que se presume desempeñan un papel fundamental en la regulación de las respuestas, incluida la emocional, al dolor.

El *cingulum* se activa ante dolores intratables crónicos, y la *corteza cingulada* también, al cometer un error, “lo que lleva a una especie de dolor, a cierto estado emocional muy particular, con el cual desgraciadamente todos estamos familiarizados”²³. La *corteza cingulada anterior*, implicada en las *emociones*, trabaja también con la “*incertidumbre*”.

Se ha observado que los *agonistas de la dopamina* inducen estados de hipomanía y alucinaciones²⁴.

La *oxitocina* se relaciona con los niveles de estrés, la *fenilalanina* con situaciones de entusiasmo y alegría, y el *cortisol* con el envejecimiento celular.

El dolor “profundo”, el dolor “psicológico”, el dolor “emocional” no es localizable topográficamente en el cerebro.

El *lóbulo temporal*, el más heterogéneo de los lóbulos cerebrales y el único que tiene todos los tipos de corteza cerebral²⁵, determina la presencia de episodios paroxísticos, cortos pero intensos de pánico y rabia, incluso en ausencia de desencadenante objetivable. Este lóbulo, junto al *lóbulo frontal*, juegan un papel prominente en la respuesta emocional.

La *Región de Brodmann* está en relación con el sudor emocional (mientras que el sudor de control de la temperatura depende del hipotálamo, el relacionado con la alimentación, de la médula espinal, y el hormonal, de la pituitaria).

22. R. Llinás, *op, cit.*

23. R. Llinás, *ibidem.*

24. A. W. Flaherty, “Frontotemporal and Dopaminergic Control of Idea Generation and Creative Drive”, in *J Comp Neurol*, 493(1): 147-153 (Dec. 5, 2005).

25. D. Rosselli, *Neuro: Introducción a las neurociencias* (Bogotá: Biblioteca del Profesional, Fundación Cultural Javeriana de Artes Gráficas, 1997).

De otra parte, es importante anotar que la mayoría de los eventos emocionales significativos impactan sobre los sistemas neuronales²⁶, en su estructura o en su funcionamiento, a través de la creación de *memorias emocionales*, principalmente aquellas relacionadas con el funcionamiento del *lóbulo temporal*, el *hipocampo* y la *amígdala*. Las *emociones negativas* (aquellas que están relacionadas con un conflicto emocional) estimulan la *corteza medial prefrontal*. Sin embargo, tanto los controles “afectivo” y “cognitivo” de la conducta hacen contribuciones claves en todo el proceso emocional; en la realidad cerebral no funcionan como dicotomías²⁷, sino por el contrario, en forma integrada. Así entonces, partes de la *corteza cingulada anterior* y de la *corteza medial prefrontal* están involucradas en la *expresión de emociones negativas*, mientras que otras partes de las mismas cortezas ayudan a regular las regiones *límbicas* encargadas de la respuesta emocional global.

Funcionamiento psicológico normal en la vida cotidiana

La capacidad de respuesta afectiva siempre está presente en el hombre, y por maduración y aprendizaje, la respuesta afectiva es concordante con las situaciones reales, es decir, la *prueba de realidad* ayuda a modular y a dar concordancia a la respuesta afectiva. La alegría del éxito, la satisfacción amorosa, el disgusto por un contratiempo, el abatimiento por un fracaso, la incertidumbre después de una pérdida, deben ser reactivos a situaciones reales.

Cuando la respuesta afectiva se lleva a cabo en un nivel regresivo, es siempre desadaptativa ya que se trata de afectos cuyo determinismo depende de anomalías de la organización interna de las pulsiones instintivas primitivas, sin relación o con poca relación con la realidad actual o las motivaciones psicológicas.

Cuando las respuestas afectivas están ligadas a situaciones imaginarias que se reiteran en forma continua en el tiempo, Ey las denomina *verdaderos afectos de pesadilla* (miedo de ser violada, temor a la pérdida infundada del ser amado, deseo angustiado de un acto homicida) y generalmente se asocian con patología.

Cuando se pierde el control de la respuesta afectiva, las emociones emergen paroxícticamente, desorganizando la conducta y todo el funcionamiento

26. A. Botzung *et al.*, "Component Neural System for the Creation of Emotional Memories During Free Viewing of a Complex, Real-World Event", in *Front Hum Neurosci*, 4:34 (May. 18, 2010).
27. A. Etkin *et al.*, "Emotional Processing in Anterior Cingulate and Medial Prefrontal Cortex", in *Trends Cogn Sci*, 15(2): 85-93 (Feb. 2011).

del psiquismo, no se puede pensar con claridad y la desadaptación es lo habitual.

En la vida cotidiana, ansiedad y depresión casi siempre coexisten habitualmente bajo control yoico²⁸. Igualmente la condición humana comporta normalmente la presencia de angustia.

Asimismo, el afecto siempre va ligado a las ideas, y estas deben ir siempre asociadas a la realidad que se vive; de este modo, por ejemplo, la realidad de la muerte de un ser querido se liga automáticamente con la idea de pérdida y con el afecto depresivo de dolor y angustia, el cual podrá externalizarse a través de los sentimientos de tristeza, del llanto y de la actitud compungida.

En el adulto normal se espera, además, que la respuesta afectiva no solo sea concordante con la realidad sino que sea proporcionada al estímulo desencadenante, es decir, que sea modulada a las circunstancias.

La conciencia y la afectividad constituyen el último bastión que las *máquinas pensantes* no han podido aún conquistar.

Quando me pega o me rezonga yo le digo Ella, porque a ella no le gusta que la llame así. Es claro que tengo que estar muy alunada para llamarla Ella. Si por ejemplo viene mi abuelo y me pregunta dónde está tu madre, y yo le contesto Ella está en la cocina, ya todo el mundo sabe que estoy alunada, porque si no estoy alunada digo solamente Graciela está en la cocina. A Graciela tampoco le gusta demasiado que yo la llame Graciela, pero yo la llamo así porque es un nombre lindo. Solo cuando la quiero muchísimo, cuando la adoro y la beso y la estrujo y ella me dice ay chiquilina no me estrujes así, entonces sí la llamo mamá o mami, y Graciela se conmueve y se pone muy tiernita y me acaricia el pelo, y eso no sería así ni sería tan bueno si yo le dijera mamá o mami por cualquier pavada.²⁹

Una emoción por más intensa que sea no nos lleva a apasionarnos: no basta con sentir la emoción, es necesario que la acompañe una fuerte tensión íntima. Sentimos las *pasiones* como actos potenciales en los que la voluntad activa del *querer* determina la *codicia* (el no poder dejar de desear lo que es ajeno) base de todas las pasiones (envidia, celos, orgullo, ambición, venganza, avaricia, lujuria)³⁰.

28. G. Racagni. and E. Smeraldi (edits.), *Anxious Depression* (New York: Raven Press, 1987).

29. M. Benedetti, *op. cit.*

30. C. Gurméndez, *Tratado de las pasiones* (México: Fondo de Cultura Económica, 1986).

Sin embargo la pasión de pasiones es el odio, pues está implícita en todas ellas.

La venganza proviene de un mal sufrido que no podemos olvidar y, a su vez, la memoria de la ofensa es el origen del resentimiento (Nietzsche).

Vale señalar que las *sensaciones placenteras* son también *sufrimiento*, porque tienen en ellas “la semilla de la insatisfacción”³¹.

Psicopatología

Los afectos fundamentales, que de hecho son normales, pueden volverse patológicos:

- Cuando no hay causa objetiva ni aparente que los produzca;
- cuando, aunque haya causa, la respuesta afectiva sea desproporcionada a dicha causa y, por tanto, desborde el control del Yo;
- o cuando, aunque haya causa, la duración de la respuesta sea más prolongada en el tiempo que lo que para la mayoría de la gente represente la resolución del desbordamiento afectivo. Así, por ejemplo, un duelo normal se acepta que ha de resolverse en menos de seis meses, más allá de los cuales la tristeza se considera patológica y el duelo mal elaborado.

La elaboración del duelo implica pasar por varias etapas: la negación de la pérdida, la rabia por haber perdido, la aceptación de la pérdida viviendo la depresión, y la de elaboración emocional del duelo, lo que implica restitución o sustitución del objeto perdido por otro.

En cualquiera de los tres eventos anteriores habrá mayor o menor grado de desadaptación y se verá cómo los mecanismos de defensa no han sido efectivos para restituir el funcionamiento psicológico previo o normal.

- Los trastornos de los afectos fundamentales son:
 - La *alegría patológica*: no tiene causa objetiva que la justifique, es desbordada y desadaptativa, y según su intensidad puede seguir la progresión siguiente:
 - ✓ *Euforia*: es el grado menos intenso de la alegría patológica (sin causa aparente o con respuesta desproporcionada en intensidad o duración a una causa aparente).

31. M. Ruíz, *Los cuatro acuerdos. Un libro de sabiduría tolteca* (Barcelona: Ediciones Urano, 1997).

- ✓ *Hipomanía*: grado intermedio en el cual la alegría patológica es más intensa y duradera que en la euforia, pero menos desestructurante de la conducta que la manía.
- ✓ *Manía*: es el grado máximo de alegría patológica, típica de las llamadas enfermedades afectivas que en su forma bipolar se acompañan además de la *elación* del afecto, por taquipsiquia y por agitación motora, y se manifiesta en exageraciones grotescas en la apariencia personal, el atuendo, el maquillaje, etc. Generalmente esta euforia puede transformarse en *disforia* con irritabilidad y cambios bruscos de una emoción a otra. En general, se entiende que la manía es un intento del psiquismo por neutralizar y negar la depresión, pues, de hecho, detrás de la manía subyace la depresión.

La alegría patológica puede ser inducida por tóxicos o por problemas en la recaptación de algunos neurotransmisores.

- La *tristeza patológica*: es el elemento principal de la depresión. La desgana precede a la tristeza y a la melancolía. Puede haber tristeza sin depresión, pero siempre que hay depresión hay tristeza, aunque a veces no sea evidente para el paciente que la traduce en síntomas somáticos inespecíficos como fatiga crónica, etc., dando lugar a la llamada *Depressio sine depressione*, o *depresión enmascarada*³²:

Las lágrimas son el criterio de la verdad en el mundo de los sentimientos.

Existe una disposición para las lágrimas que se expresa mediante una avalancha interior. Hay *iniciados* en materia de lágrimas que nunca han llorado *realmente*.³³

Como ya se ha dicho, la tristeza tiende a ser duradera y es, de hecho, difícil librarse de ella.

Desde el punto de vista *semiológico* hay dos grandes tipos clínicos de depresión:

- ✓ La *depresión reactiva o situacional*, normalmente presente cuando hay una pérdida objetiva y real de algo emocionalmente valioso para el Yo: un ser querido, un bien material, la pérdida

32. J. J. López-Ibor, *Las depresiones* (Barcelona: Toray-Masson, 1977).

33. E. M. Ciorán, *De lágrimas y de santos* (Barcelona: Tusquets Editores S.A., 1988).

de la salud, etc., mientras sea proporcionada a la causa y tenga una duración apropiada (no mayor a seis meses) es una respuesta normal del psiquismo, no se le considera psicopatológica y debe en condiciones normales cursar, a través de la *elaboración del duelo*, hasta la aceptación de la pérdida y hacia la restitución consciente o simbólica del objeto perdido:

Reina. —Querido Hamlet, arroja ese traje de luto, y miren tus ojos como a un amigo al rey de Dinamarca. No estés continuamente con los párpados abatidos, buscando en el polvo a tu noble padre. Ya sabes que esta es la suerte común: todo cuanto vive debe morir, cruzando por la vida hacia la eternidad.

Hamlet. —Sí, señora; es la suerte común.

Reina. —Pues si lo es, ¿por qué parece que te afecta de un modo tan particular?

Hamlet. —¡“Parece”, señora! ¡No; es! ¡Yo no sé parecer! ¡No es solo mi negro manto, buena madre, ni el obligado traje de riguroso luto, ni los vaporosos suspiros de un aliento ahogado, no; ni el raudal desbordante de los ojos, ni la expresión abatida del semblante, junto con todas las formas, modos y exteriorizaciones del dolor, lo que pueda indicar mi estado de ánimo! ¡Todo esto es realmente apariencia, pues son cosas que el hombre puede fingir; pero lo que dentro de mí siento sobrepuja a todas las exterioridades, que no vienen a ser sino atavíos y galas del dolor!

Rey. —Es una hermosa acción que enaltece vuestros sentimientos, Hamlet, el rendir a vuestro padre ese fúnebre tributo; mas no debéis ignorar que vuestro padre perdió a su padre; que este perdió también al suyo, y que el superviviente queda comprometido por cierto término a la obligación filial de consagrarle el correspondiente dolor; pero perseverar en obstinado desconsuelo es una conducta de impía terquedad; es un pesar indigno del hombre; muestra una voluntad rebelde al cielo, un corazón débil, un alma sin resignación, una inteligencia limitada e inculta.³⁴

- ✓ La *depresión endógena* de carácter constitucional, hereditario o existencial, que no obedece a pérdidas actuales, es de carácter casi permanente.

Los amores nunca son correspondidos; todos los partidos de béisbol son derrotas; todos los exámenes son reprobados; la Gran Calabaza nunca llega; y, a la hora de patear el balón, siempre se lo quitan. (Schulz sobre Peanuts)

34. W. Shakespeare, *Hamlet, príncipe de Dinamarca* (Madrid: Aguilar, 1988).

En la depresión, además de la *tristeza patológica*, aparecen otros elementos psicopatológicos: trastornos del sueño, del apetito, fatiga fácil, bradispsiquia, actitud pasiva y enlentecimiento motor; aunque hay una variante clínica, la *depresión atípica*, que cursa sin que sean evidentes algunos de estos elementos psicopatológicos.

En todas las depresiones se detecta existencialmente la *vivencia de pérdida* (consciente o inconsciente), dolorosa y egodistónica, que con el tiempo conduce a una visión catastrófica de la existencia; el *pesimismo* inunda las vivencias y el sujeto se torna *desesperanzado*, se aboca a *autorreproches* (con lo que hace más dolorosa la vivencia) y a incrementar el *sentimiento de culpa* en forma sistemática.

Por otra parte, desde el punto de vista psicológico es bien sabido que toda culpa arrastra consigo la *necesidad de expiación*, o de castigo, que en el caso del deprimido se traduce en actitudes o conductas de daño o *autopunición* (consciente o inconsciente). El deprimido se encierra ya en su propio círculo vicioso, en una nueva experiencia culpable: “antes fui culpable (consciente o inconscientemente) de hacer lo indebido; ahora soy culpable de no hacer lo que debo”. El que ha vivido la experiencia de la culpa sabe que “el que no hace cuando debe, está haciendo lo que no debe”.

La *angustia* ante la culpa sume al deprimido en la *indecisión* y, en consecuencia, en un “no-hacer”. Mas este no-hacer, en la medida de su irreparabilidad, es vivido así mismo como culpable. El sujeto que así se vivencia culpable, no solo vive la culpa, sino que, de no resolverla, vive solo y exclusivamente para la culpa³⁵, vivencia que modifica la totalidad de la vida psíquica en su conjunto, ya que ni el mismo perdón objetivo (de la culpa) lleva consigo indefectiblemente el alivio total de la pesadumbre en el deprimido.

“La situación es de por sí angustiada, porque es vivida como insubsanable”³⁶ y, por ello, la angustia en el sentimiento de culpa surge precisamente como intento, fallido por irrealizable, de aliviar el pesar y la vivencia de culpa. Por otra parte, el culpado, no por conocer su culpa deja de sentir la pena del castigo.

La sensación dolorosa de pérdida, sin posibilidades subjetivas de *restitución o reparación del objeto perdido* o de su representación simbólica, conducen a la *desesperanza*, esa percepción de la existencia en cada momento

35. C. Castilla del Pino, *La culpa* (Madrid: Alianza, 1981).

36. C. Castilla del Pino, *ibidem*.

como eterna e irrevocablemente maldita, al desespero, y a la *sensación de impotencia* que lleva a reiterar *ideas de muerte* como forma única de liberarse del sufrimiento. Se abraza entonces la esperanza de que algo externo acabe con la vida (una enfermedad, un accidente, una muerte repentina), pero estas ideas de muerte se van transformando en *ideas de suicidio*. En los pacientes severamente deprimidos la idea suicida se va planeando lentamente y en silencio hasta la actuación: el *suicidio*, que es la complicación más grave de la depresión.

Muchas veces la depresión es tan severa que el individuo además de la bradipsiquia presenta inhibición motora, y es justo cuando se empieza a mejorar de la depresión y se desinhibe, cuando puede actuar la idea suicida.

La depresión representa, en cierto modo, una muerte anticipada. De hecho, hay muchas formas de suicidio: los suicidios libres de psicopatología son escasos, y la mayoría de las veces el suicidio es producto de la presencia de psicopatología, así ella no sea muy aparente y las circunstancias mimeticen la causa real, por ejemplo, en la práctica de deportes de alto riesgo y en conductas impulsivas o sistemáticas de conducción a altas velocidades, etc.

Vivo únicamente porque puedo morir cuando quiera: sin la *idea* del suicidio, hace tiempo que me hubiera matado.³⁷

También han sido descritas epidemias de suicidios a lo largo de la historia, como las generadas tras la aparición de la obra *Las tribulaciones del joven Werther* de Goethe, o aquellas derivadas del hastío existencial.

Plutarco cuenta que cuando en Mileto se difundió entre las mujeres una epidemia de suicidios, el Gobierno puso remedio ordenando sencillamente que los cuerpos de las víctimas fuesen expuestos desnudos a la población. Y la coquetería pudo lo que no podía el instinto de conservación.³⁸

Hay también suicidios “por equivocación”, en los cuales no se está buscando directamente el suicidio, sino, por ejemplo, llamar la atención. Es frecuente en histéricos.

Otros son producto de un acto impulsivo al cual se llega sin reflexión previa. Es frecuente en los *acting outs* de los epilépticos, en los trastornos por discontrol de impulsos y en trastornos de personalidad³⁹.

37. E. M. Ciorán, *op. cit.*

38. I. Montanelli, *Historia de los griegos* (Barcelona: Plaza y Janés Editores S.A., 1985).

39. C. Gómez [Comunicación personal] (Bogotá, 2000).

Sin embargo, la mayoría son producidos por perturbación profunda del psiquismo, determinada por enfermedad mental.

Los suicidios por la depresión son los más frecuentes y en ellos se va progresando desde la simple idea de morir, a dejarse morir y a actuar la propia muerte. Suelen llevarse a cabo con mayor frecuencia en épocas de invierno y en horas tempranas de la madrugada, cuando el insomnio es más severo y los demás duermen.

Hay también suicidios “larvados” o “crónicos” asociados al consumo de tóxicos que están en relación con el tabaquismo, el alcoholismo, las otras farmacodependencias, o en la negligencia en el cuidado de otras enfermedades como la diabetes, la hipertensión, etc.⁴⁰.

—¿Cómo, madre? —exclamé—. ¿Suicidarte? ¿Por qué? ¡Oh, no hagas eso!

Ella sonrió agriamente.

—Mi vida es mía, ¿no? Por qué habrías de disuadirme de que me la quite. Sin duda, no me echarás de menos, ¿verdad?

—Eres mi madre —respondí—. Un hombre solo tiene una madre.

—Me sorprende que hables como un hijo obediente. No he sido una madre muy cariñosa para ti. ¿Cómo habría podido esperarse de mí que lo fuera? Siempre fuiste una gran desilusión para mí, una cosa enfermiza, débil, medrosa, tonta. Bien, los dioses me han castigado por no haberte cuidado. Mi espléndido hijo Germánico, asesinado, y mis pobres nietos Nerón, Druso y Gemelo asesinados, y mi hija Livila castigada por su maldad, por mi propia mano...

Ese fue el peor castigo que sufrí, ninguna madre sufrió uno peor —y mis cuatro nietas arruinadas, y este sucio e impío Calígula... Pero tú, lo sobrevivirás. Creo que serías capaz de sobrevivir a un diluvio universal—. Su voz, serena al principio, se había elevado a su habitual tono colérico y regañón.

—Madre —dije—, ¿no tienes una palabra de bondad para ofrecerme, ni siquiera en un momento como este? ¿Es que te herí o te desobedecí intencionalmente alguna vez?

Pero no pareció escucharme.

—Encontrarás instrucciones escritas para el funeral. Presidirás el duelo. No quiero oración fúnebre. Acuérdate de cortarme la mano para enterrarla por separado, porque esto será un suicidio. No quiero perfumes en la pira. Y por una vez en tu vida, trata de llevar a cabo la ceremonia sin errores. —Eso fue todo,

40. K. Menninger, *El hombre contra sí mismo* (Barcelona: D'editions, 1972).

salvo un formal “Adiós”. Ningún beso, nada de lágrimas, nada de bendiciones.

Como hijo obediente, cumplí con sus instrucciones al pie de la letra.⁴¹

- La *angustia patológica* es un temor indefinido a algo desconocido y generalmente referido al futuro, corresponde a conflictos inconscientes no resueltos y sus manifestaciones se hacen a través de la esfera órgano visceral. Es típica de las neurosis, de las cuales es su síntoma principal. El neurótico prefiere temer a algo que experimentar angustia. Es vivida como una sensación de egodistonia y de estrechamiento de la vida psicológica, y tiene un gran correlato de síntomas fisiológicos como sudoración profusa, frío, temblor distal, piloerección, urgencia para la micción, diarrea, taquicardia, dificultad para concentrarse, etc.

Para vengarnos de quienes son más felices que nosotros, les inoculamos –a falta de otra cosa– nuestras angustias. Porque nuestros dolores, desgraciadamente, no son contagiosos⁴².

- La *fobofobia*, la *angustia de la angustia*, o la *angustia a la angustia* forman parte del complejo sintomático de la *crisis de pánico*.

Los ataques de pánico se corresponden con las crisis agudas de angustia como una patología cualitativamente diferente de la ansiedad crónica.

- En la *ansiedad* el *temor indefinido* es hacia algo presente, hay inquietud y aceleración vital, y su escenario básico es la esfera psíquica.
 - ✓ La *ansiedad generalizada* es un síndrome en el que la ansiedad y la preocupación exageradas se centran en una amplia gama de acontecimientos y situaciones casi imposibles de controlar por el sujeto⁴³, acompañadas de otros síntomas de egodistonia.
- En el *miedo* hay una situación de *temor definido* hacia cosas conocidas de la realidad actual del sujeto.

41. R. Graves, *Yo, Claudio* (Madrid: Alianza Editorial S.A., 1988).

42. E. M. Ciorán, *op. cit.*

43. DSM IV.

ESTE PROGRAMA HA REALIZADO UNA OPERACIÓN INCORRECTA. ES POSIBLE QUE PIERDA LA INFORMACIÓN NO GUARDADA DE TODAS LAS APLICACIONES EN USO.

Y debajo de la sentencia de muerte, una hilera de casillas dispuestas como ataúdes para un entierro en fosa común: haga clic en aquel con el que le gustaría ser sepultado⁴⁴.

- ✓ Puede convertirse en *espanto* si lo amenazador irrumpe repentinamente, o en
- ✓ *terror*, si la consecuencia de la amenaza tiene el carácter de lo desconocido.
- ✓ Si el hombre se encuentra al mismo tiempo ante lo espantoso y lo terrorífico, el miedo se convierte en *pavor*:

Los sargentos no deberían ordenarte llevar la ropa sucia a un lugar como este sin decirte qué lugar es. No deberían mandar a Rappaport en particular, porque es judío, y no deberían esperar a que alce la vista por encima del camión y grite: Ay, Cristo bendito, cuando ve el nombre del lugar en la fachada principal: Dachau.

¿Qué más va a hacer aparte de saltar del camión cuando Buck disminuye la marcha frente a la PM de la entrada, saltar del camión, salir corriendo por la carretera a Múnich y gritar como un loco? Ahora Buck tiene que estacionar el camión a un lado mientras miramos cómo dos policías militares persiguen a Rappaport, le echan mano, lo suben arrastrado al jeep y lo traen de vuelta. Me da lástima verlo así de pálido y tiritando como si hubiera estado aguantando frío durante mucho rato. No hace sino decir: Lo siento, lo siento, pero no puedo, no puedo, y los pe-emes le dan un trato suave. Uno de ellos llama por teléfono desde la garita de vigilancia y cuando vuelve le dice a Rappaport: Okey, soldado, no tiene que entrar. Puede quedarse con el teniente allí y esperar a que laven la ropa.⁴⁵

Los términos *estrés* o *tensión* se refieren a las consecuencias de condiciones *externas o del ambiente* que actúan sobre el individuo, maltratándolo sea

44. J. Le Carré, *op. cit.*

45. F. McCourt, *¡Ajá! Sí lo es* (Bogotá: Editorial Norma, 1999).

por la intensidad del estímulo dañino o por la persistencia en el tiempo de condiciones que solo serían incómodas si duraran por corto tiempo⁴⁶.

Así como la angustia masiva conduce a una *reacción asténica* (de parálisis, a la entrega, a dejarse), el miedo produce una *reacción esténica* (de defensa, decisión, acción).

- Los *trastornos cualitativos del afecto* son las *distimias*.
 - La *labilidad emocional*: hace referencia a cambios evidentes y frecuentes del afecto, originadas incluso por hechos poco relevantes.⁴⁷
 - La *incontinencia afectiva*: es la incapacidad del Yo por controlar sus propias reacciones afectivas y emocionales, en una descarga masiva y poco controlada.

De repente, descubro que estoy llorando: grandes y torturados sollozos que parecen desgarrar mi pecho. Escondo el rostro entre las manos. Salto violentamente cuando el Superior General apoya una mano sobre mi hombro. Su voz resuena a lo lejos como una declaración delfica desde una caverna oscura. Cuando levanto la vista, se ha marchado. Cuando dejo de llorar, estoy avergonzado de que me haya visto así. La oleada de negra rabia que sigue es la verdadera misericordia.⁴⁸

- La *disociación ideoaffectiva*: implica que el afecto que siempre va ligado en condiciones normales a la idea y es concordante con la misma, toma un sentido contradictorio y, como resultante, la idea expresa algo distinto de la emoción que debería acompañarlo. Así, por ejemplo, normalmente la idea de pérdida se acompaña de vivencia de tristeza y dolor. Patológicamente, por ejemplo en el paciente psicótico, la idea manifiesta de pérdida se puede vivenciar como algo alegre y que produce aparente bienestar. O, a la manera inversa, la idea referida como de ganancia y bienestar se acompaña de profundo sentimiento de sufrimiento y dolor. En síntesis, se disocia y se contradicen la idea y el afecto correspondientes. Es tan grave que cuando aparece se convierte en *síntoma fundamental* para hacer el diagnóstico de esquizofrenia, asociado a otros síntomas.

46. H. Santacruz, *op. cit.*

47. Véase cita de Saramago. p. 74.

48. M. West, *La última confesión* (Buenos Aires: Ediciones B, 2000).

El avión entró en una nube de tormenta y en el avión se hizo la penumbra. Le siguió la abrasadora luz del sol, acompañada por una fuerte explosión, en un lugar indeterminado, a la izquierda de Ghita. El avión se puso de costado sin previo aviso. Cajas de comida, mochilas y la bolsa de viaje de Ghita se desperdigaron por el pasillo en medio de un coro de alarmas, sirenas y un destello de luces rojas. Nadie habló excepto un anciano africano, que soltó una carcajada y aulló: “Te queremos, Señor, que no se te olvide”, lo que produjo alivio y risas nerviosas entre los demás pasajeros. El avión aún no se había enderezado⁴⁹.

- La *anhedonia* (Ribot 1897): es un trastorno grave del afecto, que implica la disminución severa o la pérdida de la capacidad de encontrar placer en situaciones que normalmente debieran ser y antes han sido placenteras. Aunque es una pérdida de intereses y motivaciones que es frecuente en los deprimidos, en algunos farmacodependientes y en los psicóticos, la anhedonia, como *síntoma fundamental* para hacer el diagnóstico de esquizofrenia, no es debida a depresión ni iatrogenia.
- La *ambivalencia afectiva*: es un trastorno grave del afecto caracterizado por la presencia simultánea y contradictoria de *dos afectos opuestos* (alegría-tristeza; amor-odio) dirigidos *al mismo objeto* (persona o representación mental) *al mismo tiempo*. Es otro *síntoma fundamental* para hacer el diagnóstico de esquizofrenia:

Trelawny soltó una burlona risotada y dijo:

—Parece que no está usted muy al corriente que digamos, señor. En Londres los caballeros han dejado de jugar.

Me ruboricé y dejé la taza. Me di cuenta de que me había portado como un imbécil, de que me había rebajado a un comportamiento vulgar. Y Trelawny había conseguido establecer relación conmigo. A partir de aquel momento, quise y odié simultáneamente a Trelawny.⁵⁰

- La *alexitimia*: es, más que la indiferencia afectiva, la incapacidad de expresar y exteriorizar los afectos, que habitualmente son reprimidos. Esta dificultad para exteriorizar afectos es más frecuente en las culturas denominadas “machistas”, en las cuales se

49. J. Le Carré, *op. cit.*

50. F. Prokosch, *op. cit.*

impone tácita y explícitamente al hombre, desde niño, el control rígido y sistemático de sus emociones y se fomenta en la mujer, desde niña, a hiperexpresar e incluso manipular con intención de beneficio secundario, las suyas.

Actualmente se estudia el papel que juegan las *neuronas espejo* en la aparición del síntoma. La pérdida de la expresión emocional (*aprosodia motora*) se correlaciona con alteraciones en la *corteza frontal del hemisferio no dominante*⁵¹.

... y si estuviéramos en América le podría decir: Te quiero mucho, papá, como hacen en las películas, pero eso no se hace en Limerick por miedo a que se rían de ti. Puedes decir que quieres a Dios y a los bebés y a los caballos ganadores pero cualquier otra cosa es pura debilidad mental.⁵²

- La *irritabilidad*: es una egodistonía que impide o dificulta una buena relación con el prójimo y un equilibrio interior satisfactorio. Es una predisposición hacia la agresión, en la cual el humor es inestable, intolerante o contradictorio:

... Alberta dice que la cazuela es buena caliente.

Mamá le dice que ella odia la comida que quema el paladar.

Llega con su cara de ofendida, arrima la silla y aparta la ensalada (...) clava la vista en su cazuela y con el tenedor separa el atún y los fideos y se come únicamente las alverjas. Alberta le pregunta si quiere más alverjas.

No, gracias. Le pregunto: ¿no te gustan los fideos?

¿Qué?

Los fideos. ¿No te gustan?

No sé qué sean pero no son mi plato predilecto.

(...)

Dijo que no a la torta pero ahí está zampándose la casi sin masticarla y comiéndose las migajas del plato, la mujer que no quería torta.

Alberta dice que hay personas que se toman el té con limón.

Mamá dice que nunca había oído semejante cosa, que qué asco.

Alberta dice que no está tan tarde y mamá le dice que está bastante tarde.

(...)

51. M. Taylor and N. Vaidya, *op. cit.*

52. F. McCourt, *Las cenizas de Ángela* (Bogotá: Editorial Norma, 1997).

Me agacho para darle un beso a mamá y entregarle un billete de veinte dólares pero ella aparta la cara y se sienta en el tren dándome la espalda y yo me regreso con la plata otra vez en el bolsillo.⁵³

- La *indiferencia afectiva*: es una hiporreactividad emocional con aplanamiento del componente expresivo de la afectividad y pobre resonancia frente a estímulos relevantes:

Héme aquí mirando a mi linda hija de diez años, Maggie.

(...)

Después del servicio religioso le digo a Maggie que su abuela murió y a ella le extraña que yo tenga los ojos secos. Tú sabes, papi: llorar no es malo.⁵⁴

- La *hiperexpresividad emocional*: lo contrario de la indiferencia afectiva, con una tendencia exagerada a la hipermodulación afectiva, la cual puede estar asociada a una activación de la amígdala:

Casi al mismo tiempo entró a la estancia una joven pálida y delgada. Su hija. Se abrazaron y por unos segundos lloraron la una sobre los hombros de la otra, en silencio. La madre se fragilizó y empezó ese llanto largo, sonoro, dolido y desamparado tan típicamente italiano, que en vivo desgarró el alma, y debidamente musicalizado en la ópera, arranca aplausos. La crueldad estribaba en que era un llanto genuino.⁵⁵

Formas de exploración y detección

Como se ha mencionado anteriormente, el afecto es la base del funcionamiento psicológico, y en condiciones normales el afecto debe ser siempre concordante con la idea; esta, a su vez, está sujeta al criterio de realidad, de tal manera, el afecto deberá ser siempre concordante con la realidad (interna y externa) del individuo, quien deberá modularla de acuerdo con las exigencias culturales y medioambientales. La dificultad para este control de la expresión y exteriorización de la afectividad es un termómetro del funcionamiento normal del psiquismo.

53. F. McCourt, 1999, *op. cit.*

54. F. McCourt, 1999, *ibidem.*

55. G. Hernández, *L'aventure suisse* [inédito] (Bogotá, 1995).

Por otra parte la afectividad es capaz de modificar no solo el resto del funcionamiento de otras esferas del psiquismo sino también, incluso, la misma anatomía: en el paciente ansioso crónico, el hiperfuncionamiento neurovegetativo condiciona la hipersecreción de ácido clorhídrico, produciendo sobre la mucosa gástrica no solo gastritis sino úlcera péptica, que modifican la estructura anatómica de la mucosa y las capas afines del estómago.

En el contexto de la entrevista se observa qué tan calmado o ansioso está el paciente, qué tanto logra expresar emocionalmente y qué tan concordante es esta respuesta con los estímulos a los que es sometido, y por anamnesis, cuál es la modalidad de estado afectivo en condiciones basales y en condiciones de exigencia emocional.

Hay que resaltar que ante la presencia de anhedonia significativa o afecto aplanado sistemático, apatía o alogia, debe buscarse su correlación con signos neurológicos que puedan estar indicando disfunción cerebral^{56, 57}.

Hay que señalar que aunque existen muchas experiencias emocionales que son universales para los humanos, las causas de ellas pueden ser variadas: el *disgusto*, por ejemplo, está presente en todas las culturas, pero las causas más frecuentes del mismo varían ampliamente en y a través de las culturas⁵⁸.

56. G. Bersani *et al.*, "Neurological Soft Signs and Psychopatology in Schizophrenia", en *Abstract on Disk 2000-2001-2002*. American Psychiatric Association (APA) (Philadelphia, 2002).

57. J. Olivares, "Psicopatología de los estados de ánimo: anhedonia", en *Revista Informaciones Psiquiátricas*, 189: 293-314 (2007). Publicaciones científicas. Hermanas Hospitalarias del SCJ),

58. M. Taylor and N. Vaidya, *op. cit.*

Sinopsis

Angustia patológica
Ansiedad generalizada
Miedo - espanto - pavor - terror
Rabia - desespero - cólera

Afectos expansivos = alegría patológica

{ Euforia
Hipomanía
Manía

Afectos depresivos = tristeza patológica

{ Depresión reactiva
Depresión endógena

Labilidad emocional
Incontinencia afectiva
Disociación ideoafectiva
Anhedonia
Ambivalencia
Indiferencia afectiva
Alexitimia - hiperexpresividad emocional
Irritabilidad

Atención

Un día un viejo sabio chino perdió sus perlas. Mandó, pues, a sus ojos a buscar sus perlas, pero sus ojos no encontraron sus perlas. Mandó entonces a sus oídos a buscar las perlas, pero sus oídos no encontraron sus perlas. Mandó luego a sus manos a buscar las perlas pero tampoco sus manos las encontraron. Y así mandó a todos sus sentidos a buscar sus perlas, pero ninguno de ellos las encontró. Finalmente, mandó a su no-buscar a buscar sus perlas. Y su no-buscar encontró las perlas.

ANÓNIMO

Definición y conceptos básicos

La *atención* es la función psicológica que permite focalizar, identificar y retener estímulos relevantes en el campo de conciencia. Es la condición de la claridad de la vivencia¹ y también parte del “filtro” psicológico que nos permite, dentro de la infinidad de estímulos a los que continuamente estamos expuestos, ignorar unos, captar otros y mantener una actitud receptiva según intereses y motivación. Es decir, la atención es un filtro y una capacidad entrenable.

La *supervivencia* puede depender de la habilidad cerebral de “dirigir la atención” a diferentes estímulos en diversos escenarios en una forma rápida y automática; de ello depende el poder cambiar el curso de una acción, eludir un peligro o aprovechar una situación no contemplada previamente. Esta función es posible por la capacidad que tiene el cerebro de poder “reorientar” la atención². Cuando la atención “se focaliza”, el trabajo neuronal de la *corteza*

1. K. Jaspers, *Psicopatología general* (México: Fondo de Cultura Económica, 2001).
2. M. Corbetta *et al.*, "The Reorienting System of the Human Brain: From Environment to Theory of Mind", in *Neuron*. 58(3): 306-324 (May, 8, 2008).

frontoparietal ventral se suprime temporal o parcialmente para prevenir que esta “reorientación” pueda producir estímulos “distractores”.

Es también una función dependiente de la función de conciencia, de tal manera que si la conciencia está alterada, también se altera la atención. A su vez, la atención puede estar alterada sin que haya alteración del estado de conciencia.

A través de la atención, del interés que ponemos, facilitamos la captación de la información y el proceso de aprendizaje. Sin atención no se aprende, ni se recuerda.

En un sentido opuesto, la *fatiga*, la *repetición* en forma de rutina y como hábito, la *desmotivación* y la *depresión* hacen que se “pierda” la atención, y en consecuencia, en la práctica se produzca “un alejamiento” de los estímulos y por ende “de la realidad circundante”, a diferencia de lo que ocurre cuando el cerebro está expuesto a estímulos novedosos (llamativos), nuevos o diferentes, que focalizan la atención en los estímulos procedentes de esa realidad.

Bases biológicas de la función

La atención es propia del estado de vigilia y depende del funcionamiento de la *corteza cerebral*, del *sistema activador reticular ascendente y descendente* y de *porciones frontales del cerebro*. Cuando alguno de ellos está alterado, el sujeto no puede focalizar su atención y en consecuencia aparece distraído.

En general, hay activación de regiones *frontales temporales y parietales prefrontales* en relación con aspectos específicos de la atención³. Por ejemplo, en el mantenimiento de la atención se activa principalmente el lóbulo frontal derecho.

Las *neuronas piramidales de las columnas corticales* se asocian con modalidades particulares de la función. Así, la actividad de onda de las dendritas apicales de las neuronas piramidales corticales generan la *experiencia subjetiva* de la atención, mientras que si la actividad de onda es producida por el circuito de atención en el área cortical ubicada detrás de las áreas sensoriales primarias, se genera la *experiencia de un objeto*; si la actividad de onda es producida en las áreas sensoriales primarias por señales procedentes de receptores sensoriales, se genera la *experiencia consciente*⁴.

3. L. Kolb, *Psiquiatría clínica* (México D. F.; Interamericana, 1985).

4. D. LaBerge, “Attention, Consciousness, and Electrical Wave Activity within the Cortical Column, in *Int J Psychophysiol*, 43(1): 5-24 (Dec., 2001).

En la actividad de la función de “reorientación” de la atención están involucradas estructuras de la *corteza prefrontal* y *frontoparietal ventral*, activadas desde el *locus coeruleus*, mediante la intervención del sistema norepinefrínico⁵.

La más consistente anormalidad estructural en el desorden de déficit de atención con hiperactividad es el reducido tamaño del *vermis cerebelar*⁶.

Funcionamiento psicológico normal en la vida cotidiana

La atención es fundamental en los procesos de *aprendizaje* y en el funcionamiento adecuado de todas las funciones cognitivas, cuyos prerequisites son el *estado de alerta* y la *calidad del estímulo*. Cuando el estímulo despierta una asociación fuerte, ese “poner atención” dirige la actividad neuronal y la obliga a “focalizarse” en el estímulo.

La atención se desarrolla en las primeras semanas de vida, en forma *involuntaria*, para evolucionar posteriormente a una modalidad *activa y voluntaria*. Esto quiere decir que hay básicamente al menos dos modalidades de atención que funcionan a un mismo tiempo: una atención voluntaria o activa (dirigida de manera voluntaria a estímulos seleccionados y voluntariamente mantenida en el campo de conciencia) y una atención involuntaria o automática, o pasiva (no dependiente de la voluntad). Freud menciona una variante de ella, la denominada *atención flotante*, que consiste básicamente en un no fijar la atención en ninguna dirección predeterminada⁷, opuesta a la que adoptamos al concentrarnos.

Por otra parte, hay una atención que se focaliza por periodos breves de tiempo y que sirve para localizar e identificar objetos, una atención sostenida en un lapso mayor de tiempo y que al estar dirigida al objeto permite apreciar sus atributos y otros detalles y localizaciones, y una atención más selectiva, como ya se anotó, que se mantiene durante un periodo mayor de tiempo.

La atención, además, permite identificar *atributos* de cada cosa que vemos; en cada una de ellas hay una multitud de atributos (de forma, tamaño, color, movimiento), por lo que son diferentes los bits neuronales de la corteza los que se especializan en el manejo de uno solo de tales estímulos (forma con forma, color con color). Esta cualidad le permite al cerebro escanear atributos; así, *la atención* conduce a la actividad neuronal a comparar cada uno de los

5. M. Corbetta *et al.*, *op. cit.*

6. M. Teicher *et al.*, “Early Maltreatment and the Neurobiology of Affective Instability”, in *Abstract on Disk 2000-2001-2002*, American Psychiatric Association (APA) (Philadelphia, 2002).

7. H Racker, *Estudios sobre técnica psicoanalítica* (Buenos Aires: Paidós, 1977).

atributos entre sí, y de estos con los otros⁸. La activación de circuitos comunes se amplifica por el hecho de poner atención en los atributos en los que el circuito neuronal se ha especializado.

La atención tiene tres características:

- *Volumen*: es el conjunto de estímulos (señales) que se pueden mantener en forma dominante en el campo de conciencia en un momento determinado. Tiene relación con el número máximo de estímulos presentados simultáneamente que pueden ser asimilados por la conciencia con lucidez. Generalmente no excede de cinco a siete objetos con posibilidad simultánea de ser percibidos claramente.
- *Estabilidad*: es la permanencia de ese conjunto de estímulos o señales con carácter dominante, en el campo de conciencia, en varias unidades de tiempo.
- *Oscilación*: es el carácter no estacionario del proceso, por el cual un conjunto de estímulos o señales puede en un momento tener carácter dominante en el campo de conciencia y en otro momento haber perdido tal carácter.

Ello quiere decir que el conjunto de *estímulos relevantes* normalmente debe tener un volumen mínimo y permanecer un tiempo útil en el campo de conciencia, para ser procesados de manera debida por el psiquismo antes de perder carácter dominante y dejar de ser estímulos relevantes y potencialmente útiles.

La atención está determinada por los estímulos y por el funcionamiento psicológico del sujeto.

- Los estímulos pueden ser: externos e internos. Hay *condiciones propias del estímulo*, tales como *la intensidad o fuerza* (entre más intenso sea un estímulo tiene mayor carácter dominante, y en consecuencia, capta la atención de forma prioritaria); *el tamaño* (entre más grande, mayor carácter dominante), *el movimiento* (preferible lo móvil a lo estático), y *el contraste* (la novedad del estímulo es lo que lo hace dominante con respecto a otros estímulos, y esta diferencia es la que capta la atención de forma prioritaria). Estos estímulos movilizan principalmente la *atención involuntaria*.

8. E. Goldberg, *El cerebro ejecutivo: Lóbulos frontales y mente civilizada* (Barcelona: Editorial Crítica, 2002).

- El funcionamiento psicológico emocional del sujeto es el que moviliza principalmente a la *atención voluntaria* e implica tener en cuenta *las necesidades, los intereses y la motivación*.

Psicopatología

Las alteraciones de la atención se denominan genéricamente *disprosexias*.

- En forma cuantitativa puede haber alteraciones por exceso o por defecto.
 - Las alteraciones cuantitativas por exceso se denominan *hiperprosexias*. En las hiperprosexias la inundación de estímulos en unidad de tiempo hace que se pierda selectividad y, en últimas, no se puede focalizar la atención en estímulos determinados. Se ve frecuentemente en sujetos con intoxicaciones por estimulantes del SNC, y en la enfermedad maníaca.
 - Las alteraciones cuantitativas por defecto se denominan *hipoprosexias*. En las hipoprosexias el sujeto aparece desatento incluso para estímulos relevantes, o no puede fijar la atención en ellos durante un tiempo significativo. Se ve frecuentemente en sujetos fatigados o deprimidos, o cuando hay alteración del estado de conciencia, o en presencia de enfermedades mentales severas.
 - La *aprosexia* es la pérdida de la función. Se corresponde con la desatención total.
- En forma cualitativa las alteraciones de la atención se corresponden con la *pseudoaprosexia*, la cual es una falsa falta de atención detectable por un observador externo. En realidad lo que ocurre es que el sujeto está muy atento a una serie de estímulos principalmente internos, por lo que aparece como si estuviera desatento a los estímulos externos relevantes:

A intervalos, procedente del río, se oye un mugido ronco de sirena, está así desde la mañana, avisando a la navegación, pero solo en este instante Raimundo Silva lo nota, tal vez por el grande y súbito silencio que dentro de sí se hizo.⁹

Entre mayor alteración haya de la atención, menos efectivo es el funcionamiento cognitivo que depende de esta, como por ejemplo el de las

9. J. Saramago, *Historia del cerco de Lisboa* (Bogotá: Casa Editorial El Tiempo, 2001).

capacidades de memoria y aprendizaje, y esto es particularmente importante en el caso de niños con dificultades de aprendizaje.

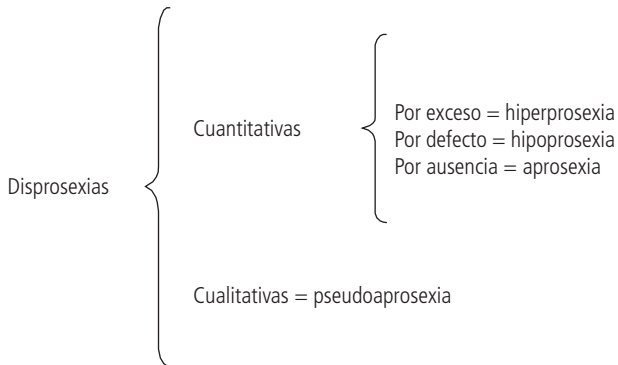
Formas de exploración y detección

El grado de atención en las condiciones habituales de la consulta se aprecia en la actitud que el paciente adopta, en los movimientos de la mirada, en la postura corporal, en la concordancia en las preguntas y respuestas, en la fluctuación del pensamiento y en el esfuerzo que realiza por mantener “el hilo” de la conversación o la actividad.

En los casos en los que se detectan fallas de atención aparente, se puede cuantificar la disprosexia con la aplicación de pruebas que miden la cantidad de objetos que son claramente percibidos, así como evaluaciones de listados de números, letras o dibujos en escalas previamente estandarizadas.

Dado que la falta de atención es inespecífica, tan solo indica la presencia de un problema. Para el psiquiatra el significado de la falta de atención es equivalente al de la tasa de sedimentación para el internista. Su importancia clínica se hace más evidente cuando se combina con otros síntomas más específicos¹⁰.

Sinopsis



10. J. Rundell y M. Wise, *Fundamentos de la psiquiatría de enlace* (Bogotá: Licitelco S.A., 2003).

Memoria

El que no tiene memoria, se hace una de papel.

GARCÍA MÁRQUEZ

Definición y conceptos básicos

Dado que el mundo en el que se desenvuelven los individuos con movimiento activo en esencia es cambiante, para sobrevivir deben tener una capacidad de *recordar* esos cambios y adaptarse a ellos. Los mecanismos neuronales que sirven de base al aprendizaje y la memoria nos han sido legados a través del proceso evolutivo del ensayo y el error. “Ser capaces de aprender y recordar significa que la evolución no solo hubo de aprender y recordar, sino también hubo de aprender y recordar la manera como se aprende y se recuerda”¹.

La *memoria* es la función psicológica que nos permite identificar, retener y evocar información. La memoria nos asegura la correcta ubicación del recuerdo, la distinción entre el pasado real y el pasado imaginario, y nos da un marco de referencia para el futuro. Es una de las funciones básicas del psiquismo, ya que por ella nos es factible el conocimiento, siendo además fundamental para la conciencia humana en general. De hecho, desde la percepción hasta el pensamiento, todo lo que hace el ser humano depende de manera continua de la memoria.

La memoria depende de las funciones de la conciencia (neurológica) y la atención. Para que haya una buena memoria la conciencia y la atención deben estar funcionando normalmente, ya que cualquier alteración de ellas altera la capacidad de memoria. Lo mismo ocurre cuando el suceso que va a

1. R. Llinás, *El cerebro y el mito del Yo: El papel de las neuronas en el pensamiento y el comportamiento humano* (Bogotá: Editorial Norma, 2003).

ser “recordado” se asocia con una *emoción* intensa. Esto explica que gran parte de la “calidad de la memoria” dependa de las circunstancias emocionales con las que se registró el evento.

La memoria es una función muy compleja en la que intervienen procesos de retención de información principalmente sensorial, cuyos estímulos deben ser recibidos de manera adecuada por los órganos de los sentidos, transformados de estímulo físico o químico, a estímulo eléctrico apto para su transmisión a centros de relevo y de codificación, que permiten su almacenamiento en áreas específicas del SNC. Las señales adquieren un código diferente al del estímulo que las provocó, permitiendo su selección y almacenamiento en forma de cadenas proteicas, principalmente de ARN. La repetición de los estímulos refuerza el proceso de memoria al formar *engramas* o estructuras de sostén, que establecen circuitos alrededor del ARN. Los mecanismos sinápticos electroquímicos estimulan, inhiben o reverberan impulsos nerviosos, permitiendo que la célula transforme el impulso inicialmente eléctrico en información perdurable, a través de la síntesis de proteínas y los subsiguientes cambios morfológicos.

Implica, además, que una vez almacenada la información ya codificada, esta pueda ser rescatada del archivo, decodificada para su procesamiento y retornada a la conciencia como respuesta específica, en forma de *recuerdo*.

Los recuerdos son “fragmentos” de información ya codificada y almacenada en diferentes sitios del cerebro. El *hipocampo* reúne estos fragmentos de información (visual, auditiva etc.), los unifica e integra en forma de recuerdos.

El proceso simplificado sería: Estímulo - Transmisión - Retención - Codificación - Almacenamiento - Recuperación - Decodificación - Respuesta: evocación o recuerdo. En caso de no recuperación, la respuesta es el olvido.

La memoria implica además de retención, evocación y recuerdo, pérdida de la información y olvido. Estas son funciones dinámicas y no necesariamente contrapuestas. Lo que facilita la retención, facilita la memoria; lo que facilita la memoria, dificulta el olvido; lo que dificulta la memoria, facilita el olvido. El contenido de lo que aprendemos no se transmite a nuestra descendencia: nuestros recuerdos mueren con nosotros.

La memoria funciona siguiendo en principio la *Ley de Ribot*, que dice que los recuerdos de los hechos más recientemente guardados son los que más fácil se pierden u olvidan, mientras que los hechos más antiguamente almacenados son los que tardan más en extraviarse, tal y como se ve en los procesos degenerativos del SNC, en especial en la enfermedad de Alzheimer,

y en forma menos grave, en los procesos de involución senil normal, en la que los ancianos olvidan fácilmente qué desayunaron en la mañana y recuerdan con detalles eventos de su infancia.

Hay diferentes tipos de memoria: una *filogenética estructural (arquitectura corporal)* y otra *filogenética de tipo celular (cableado básico funcional del cerebro) que enlaza la forma con la función*, que no son necesarias de aprender a lo largo del desarrollo, pues están presentes desde el nacimiento.

Estos dos tipos de memoria originan los *a priori estructurales del cuerpo y del cerebro*, que de hecho, aunque son memoria, no podemos aprender ni olvidar, y la *memoria referencial (que es la que permite interiorizar el mundo externo y sus propiedades)*, la cual sí representa el aprendizaje realizado ontogenéticamente a lo largo de una vida particular y que se memorizará mejor cuantas más veces se reciba el estímulo. Es básica para facilitar las capacidades predictivas del cerebro.

La memoria referencial *a largo plazo se subdivide en memoria explícita* (declarativa o de recuerdo consciente de las cosas que permite la recuperación voluntaria e intencional de un recuerdo y la conciencia subjetiva consciente de haberlo recordado), y *en implícita* (no declarativa o inconsciente que permite la recuperación no consciente ni intencional de rutinas para efectuar una actividad aprendida o una habilidad sin conciencia de haberla aprendido), la cual incluye aprendizajes emocionales como el condicionamiento por miedo, el aprendizaje de categorías y el de clasificación de objetos, base del aprendizaje de tareas y habilidades².

Existe también una *memoria de trabajo* (o *memoria de eventos en curso*) en relación con la denominada *memoria inmediata*, que abarca un periodo de segundos; la *reciente*, un periodo de minutos a días, y la *remota*, un periodo de meses y años.

Por otra parte, hay una memoria *fonológica o verbal* y una *memoria no verbal o visoespacial*. Una *explícita* o consciente, que archiva formas, texturas, sonidos, rostros y nombres, y una *implícita*, que permite archivar los rasgos permanentes del entorno para ayudarnos a concentrar en lo nuevo y diferente de ese mismo entorno.

De hecho, el cerebro cuenta con *varios sistemas de memoria* que en forma normal funcionan al unísono, permitiendo la integración de la experiencia. El fracaso de esta integración y la complejidad neuroanatómica que parece

2. R. Llinás, *ibidem*.

ser asiento de la función, explican al menos en parte por qué personas con la enfermedad de Alzheimer pueden aprender a dibujar, pero no recuerdan haberlo hecho, mientras que pacientes con mal de Huntigton no pueden aprender a hacerlo, pero recuerdan haberlo intentado. En el primer caso, el *lóbulo temporal* medio aparece afectado, mientras que en el segundo caso, la afectación es secundaria a la destrucción del *ganglio basal*.

Bases biológicas de la función

La memoria tiene sus centros de procesamiento y áreas de interconexión principalmente al nivel de los *lóbulos frontal y prefrontal*. Lesiones muy delimitadas de la corteza cerebral afectan la función: así por ejemplo, el compromiso de lóbulo frontal del hemisferio dominante condiciona *afasia*. Si es del lóbulo frontal no dominante se produce dificultad para grabar información nueva y manejo de símbolos.

El llamado *trabajo de la memoria* depende de la actividad de la *corteza prefrontal dorsolateral izquierda*.

Las conexiones con el *sistema límbico* determinan parte de la motivación que se tiene hacia el estímulo.

El *hipocampo* es la estructura que “selecciona” los fragmentos de información relevante y los unifica en forma de recuerdo; es decir, desempeña un papel importante en la consolidación de la información y es indispensable para seleccionar los datos que ameritan entrar en el campo del recuerdo, de tal manera que una lesión hipocampal puede no hacer olvidar lo aprendido, pero sí imposibilitar el almacenamiento de nueva información. La consolidación del material verbal se hace en el *hipocampo izquierdo*, y el no verbal en el *derecho*.

El llamado *mapa cognitivo*, que permite la formación de una memoria que facilita la localización en el espacio, por ejemplo, en un ambiente nuevo, depende también de la actividad del hipocampo.

La memoria que se forma a partir de una experiencia emocionalmente intensa ligada en especial al temor, depende de la activación de la *amígdala*. Así como el hipocampo nos permite recordar haber tenido miedo, la *amígdala* evoca la sensación física que acompaña al recuerdo.

El almacenamiento de la memoria episódica sobre todo se da en el *lóbulo temporal*, mientras que la memoria semántica tiene representación cerebral difusa. La memoria episódica se encuentra relacionada con la *región*

medial temporal y principalmente el *hipocampo* y el *parahipocampo*. La memoria semántica se relaciona con la región lateral del *lóbulo temporal*.

Algunas alteraciones del *lóbulo temporal* condicionan alteraciones de memoria, y un síntoma clásico de lesión del *lóbulo temporal* es la aparición del fenómeno de *lo ya visto*, en el cual el mapa cognitivo hipocampal es inapropiadamente reactivado.

Por otra parte, el *lóbulo temporal medio* y el *hipocampo* son fundamentales en la transformación de la memoria de corto plazo en recuerdos permanentes.

Lesiones del *ganglio basal* impiden aprender nuevas habilidades motoras aunque esté intacto el sistema de memoria explícita.

En la rememorización y recuperación del material almacenado participan las *conexiones corticosubcorticales*.

Lo que permite la formación de recuerdos se conoce como “plasticidad” y se corresponde con estimulaciones eléctricas y químicas de las dendritas que por activación repetida facilita luego la repetición del patrón de activación, patrón que representa cada recuerdo específico.

Funcionamiento psicológico normal en la vida cotidiana

Por la facultad de memoria que implica evocación y recuerdo podemos traer el pasado al presente, podemos conocer la historia, podemos aprender, solucionar, amar y odiar, y guardar resentimiento.

Lo que no podemos hacer es traer futuro al presente, en razón de que la *flecha psicológica del tiempo* (la dirección en la que nosotros sentimos que pasa el tiempo, la dirección en la que recordamos el pasado pero no el futuro) está siempre apuntando hacia atrás, tal y como funcionan las memorias de los ordenadores; la flecha psicológica determinada por la flecha termodinámica, y ambas flechas apuntando necesariamente en la misma dirección.

Por otra parte, si el estímulo es muy importante para el sujeto, si hay un buen nivel de vigilancia, si el contenido es significativo, si la actitud personal se traduce en la intención de retener y si hay una adecuada organización del material (mejor elementos agradables que desagradables, y mejor aún que elementos neutros; versos mejor que prosa; sueño fisiológico después del aprendizaje), el engrama o huella de memoria es muy

marcada y densa, y la información contenida se mantendrá más tiempo y mejor definida.

Con el tiempo, muchos estímulos que formaron huella de memoria se borran, pues esta no fue bien definida. Activa y conscientemente no se borra la memoria.

La persistencia de su recuerdo le aumentaba la rabia (...) y muy pronto se dio cuenta de que el deseo de olvidarlo, era el más fuerte estímulo para recordarlo.³

Los factores que interfieren con la función de memoria facilitan el olvido (actividades paralelas, actividad *a posteriori*) por lo que se puede afirmar que el olvido no es un fenómeno pasivo, sino que va ligado a fenómenos activos de inhibición.

La función de memoria que en apariencia es sencilla (grabar y evocar) resulta una función muy compleja, pues cuando pensamos en “algo” el cerebro genera una “imagen mental” compuesta por el nombre que denomina ese “algo”, su apariencia, su función, su peso, etc., y cada elemento viene de una zona diferente del cerebro. Con la edad se va perdiendo la capacidad de integración, con lo cual se va menoscabando la función.

En síntesis, la memoria forma parte del conjunto de la vida del sujeto, a la cual influirá y será influida por ella. Los procesos automáticos de memoria requieren de poca atención, no interfieren con otros procesos cognitivos en marcha, ni requieren ni se benefician de la práctica, mientras que los procesos activos de la memoria requieren de buen grado de atención, requieren intencionalidad, interfieren con otros procesos cognitivos en marcha y se benefician del ensayo y de la práctica.

El papel que desempeñan las memorias explícita e implícita en el aprendizaje y posterior ejecución de lo aprendido se sintetiza en que una vez aprendida y memorizada, por ejemplo, una composición musical, la composición representa una *rutina motora aprendida* que en gran parte es dominio de la memoria implícita. Simplemente no hay tiempo de pensar en la siguiente nota mientras se interpreta algo. Sin la memoria explícita jamás podría recordarse de un día para otro la pieza musical ni tampoco se podría recordar haberla

3. G. García Márquez, *El amor en los tiempos del cólera* (Bogotá: Editorial La Oveja Negra, 1985).

aprendido y ensayado antes, y ni siquiera se le ocurriría al sujeto pensar que debería seguir practicando⁴.

La interdependencia de estos dos diferentes procesos de memoria sugiere que comparten la misma filogenética.

Psicopatología

La psicopatología de la memoria se puede dividir en trastornos cuantitativos y en trastornos cualitativos.

En forma cuantitativa, puede haber alteraciones por exceso o por defecto.

- Las alteraciones cuantitativas por exceso se denominan *hipermnesias* y se refieren a la hiperactividad de la memoria, no como un verdadero aumento de la capacidad mnésica, sino como una mayor capacidad de evocación.

Aún en sus últimos años había de evocar aquel viaje, cada vez más reciente en la memoria, con la lucidez perversa de la nostalgia.⁵

- *Visiones panorámicas de la existencia*: son la actualización momentánea con gran plasticidad y detalle de la totalidad o partes de la propia biografía que suelen manifestarse con frecuencia en estados crepusculares, hipnóticos y situaciones de gran riesgo vital. Personas en trance de muerte inminente que en escasos segundos recuerdan la historia completa de su vida.
- *Hipermnesia prodigiosa*: extraordinarias facultades mnésicas selectivas de nombres, números, fechas, frecuentemente presentes en forma paradójica, tanto en genios como en algunos retardados mentales que aprenden largas series, pero en estos últimos sin aplicación inteligente de la capacidad. A este tipo de hipermnesia sin utilidad práctica se le ha denominado “la inteligencia de los brutos”⁶.
- Las alteraciones cuantitativas por defecto se denominan *hipomnesias* en las que hay disminución global de la función, con pobre retención y escasa capacidad de evocación. La variante más grave, que implica pérdida de la función, lo constituyen las *amnesias*. Retomando a Ey,

4. R. Llinás, *op. cit.*

5. G. García Márquez, *op. cit.*

6. L. J. Sánchez, *Psiquiatría general y psicopatología* (Bogotá: Siglo XX, 1947).

se debe tener presente que la amnesia no es nunca simple, “sino que representa un trastorno en el que se mezclan los *falsos recuerdos* y las *fabulaciones*”.

- *Amnesias*: son la ausencia de recuerdo referido a un momento determinado de la vida, vacío del cual el sujeto tiene conciencia junto con la certeza de que son recuerdos que fueron guardados y se han perdido. La presencia de tal vacío suele generar angustia. Habitualmente de causa orgánica, se clasifican como:
 - ✓ *Generales progresivas*: aquellas amnesias cuyo déficit va haciéndose más difuso y extenso con el tiempo.
 - ♦ *De tipo anterógrado*: amnesia general progresiva de fijación, por lo cual hay imposibilidad de evocar hechos recientes (no fijados), conservando la capacidad de evocar los hechos antiguos (fijados). En realidad, nunca se ha guardado memoria de lo no fijado, y por tanto, es imposible evocarlo. Es propia de alteraciones que provocan descenso del nivel de conciencia.
 - ♦ *De tipo retrógrado*: amnesia general progresiva de evocación en la que hay dificultad en traer al presente el recuerdo de experiencias ya fijadas, conservadas y evocadas anteriormente.
 - ♦ *Mixta*: amnesia general progresiva global en la que simultáneamente hay alteración en las memorias de fijación y evocación. Es decir, están impedidos el recuerdo de lo ya grabado y la fijación de la nueva estimulación del presente que no se puede guardar, precisamente porque no se puede fijar. Son frecuentes en la senilidad:

Acababan de celebrar las bodas de oro matrimoniales, y no sabían vivir ni un instante el uno sin el otro, o sin pensar el uno en el otro, y lo sabían cada vez menos a medida que se recrudecía la vejez (...) Ella había ido descubriendo poco a poco la incertidumbre de los pasos de su marido, sus trastornos de humor, las fisuras de su memoria, su costumbre reciente de sollozar dormido, pero no los identificó como los signos inequívocos del óxido final, sino como una vuelta feliz a la infancia. Por eso, no lo trataba como a un anciano difícil

sino como a un niño senil, y aquel engaño de la memoria fue providencial para ambos, porque los puso a salvo de la compasión.⁷

- ✓ *Parciales*: son trastornos que solo afectan a una parte determinada del proceso de memoria.
 - ♦ *Lacunar*: amnesia parcial ligada a estrechamientos del campo de conciencia y a alteraciones corticales. Mientras la alteración está presente los estímulos no ingresan al campo de conciencia, pero al restablecerse este se vuelve a recuperar la capacidad de retener y procesar los estímulos. Se da entonces un vacío de información que al hacerse consciente genera angustia, por lo cual el sujeto en forma inconsciente busca reconstruir lo que ocurrió durante el periodo de “vacío”. Esta creación secundaria hecha por el psiquismo para neutralizar la angustia se hace consciente, el individuo se aferra a ella y termina creyendo en la veracidad de tal elaboración e integrándola al conjunto de sus recuerdos. Esto es lo que se denomina *confabulación*, típica del *Síndrome de Korsakoff*.
 - ♦ *Selectiva*: amnesia parcial que, a diferencia de las anteriores, es más de origen psicógeno que orgánico. Por factores emocionales, principalmente traumáticos, el sujeto olvida ciertos eventos cuya evocación le genera gran dolor, angustia o profundo malestar, pues le representan conflictos emocionales no resueltos, o que son intolerables para el Yo. Entonces, de forma inconsciente, para defenderse de la angustia que generan, el psiquismo busca, principalmente a través de los mecanismos de defensa, la forma de anularlos, negarlos o reprimirlos, sacándolos del campo de conciencia, de manera que cuando la evocación se produce existe un “vacío” de recuerdo que se corresponde con lo reprimido. Es frecuente en las histerias. En realidad, no hay

7. G. García Márquez, *op. cit.*

borramiento ni desaparición, puesto que en situaciones favorables puede evocarse correctamente:

Era todavía demasiado joven para saber que la memoria del corazón elimina los malos recuerdos y magnifica los buenos, y que gracias a ese artificio, logramos sobrellevar el pasado.⁸

En Atenas me acosté con noventa y tres mujeres (lo anoté en mi diario de contabilidad), algunas delgadas, otras gruesas, las hubo turcas y las hubo griegas, pero lo curioso es que no puedo recordar ni una sola cara, en tanto que todavía recuerdo las doradas mejillas de Theresa y de Nicoló, a veces las de una y las del otro, y en ocasiones las de una y otro fundidas.⁹

Y lo borró de la memoria al instante, entre otras cosas porque su profesión lo tenía acostumbrado a un manejo ético del olvido.¹⁰

En forma cualitativa los trastornos de la memoria son básicamente errores o deformaciones del recuerdo denominados también *paramnesias*.

- Errores en la localización del recuerdo:
 - *En el espacio*: es la ubicación del recuerdo en un contexto de espacio que no le corresponde.
 - *En el tiempo*: es la ubicación del recuerdo en un contexto de tiempo que no le corresponde.
 - ✓ *Confusiones de pasado y pasado*: consiste en la evocación de un recuerdo auténtico, ubicado en otro momento del pasado que no le corresponde.
 - ✓ *Confusiones de pasado-futuro y de presente-futuro*: consiste en la evocación psicótica de un recuerdo que se ubica en el futuro:

... Ya para entonces he advertido que Johnny se retraía poco a poco y que seguía haciendo alusiones al tiempo, un tema que le preocupa desde que lo conozco. He visto pocos hombres tan preocupados por todo lo que se refiere al tiempo. Es una manía, la peor de sus manías que son tantas (...) Me he acordado de un ensayo antes de una grabación, y yo había ido al ensayo nada más que para escucharlo a él y también a Miles Davis. Todos tenían ganas de tocar, estaban contentos, andaban bien vestidos, (de esto me acuerdo quizás por contraste, por lo mal vestido y sucio que andaba ahora Johnny), tocaban

8. G. García Márquez, *ibidem*.

9. F. Prokosch, *El manuscrito de Missolonghi* (Barcelona: Editorial Planeta, 1968).

10. G. García Márquez, *op. cit.*

con gusto, sin ninguna impaciencia, y el técnico de sonido hacía señales de contento detrás de su ventanilla, como un babuino satisfecho. Y justamente en ese momento, cuando Johnny estaba como perdido en su alegría, de golpe dejó de tocar y soltándole un puñetazo a no sé quién dijo: “Esto lo estoy tocando mañana”, y los muchachos se quedaron cortados, y Johnny se golpeaba la frente y decía: “Esto ya lo toqué mañana, es horrible, Miles, esto ya lo toqué mañana”.¹¹

- *Confusiones de pasado-presente* denominadas también *ecmenesias*: consistentes en la evocación de un recuerdo auténtico como si constituyera una situación presente, es decir, se pierde el carácter de recuerdo al evocársele como presente, generalmente en una situación de extrema tensión emocional:

La autopista aunque era devorada por la oscuridad y la velocidad, aparecía solitaria y sin fin, sin que oteáramos ninguna luz ni en el horizonte ni en el firmamento, ni en algún rincón del alma. Con las horas se monotonizó toda la vida. Mirando sin ver, por fin a lo lejos unas pequeñas luces rojas y amarillas parpadeantes, como ojos de luciérnaga, fueron creciendo y acercándose, y acercándose hasta que se multiplicaron en cientos y miles como fragmentos de vidrio panorámico me fue dado contar, mientras un inmenso estruendo y sacudón me levantó del asiento contra el techo del carro que con cada vez mayor rugido se elevaba y caía, para volver a elevarse sin parar. Ahí, la primera y única ecmenesia de mi vida: la imagen nítida e instantánea de mi hijo lejano, y mi propia voz diciendo: “Esta no es conmigo”. Acto seguido, con el auto aún en movimiento vacilante, en forma decidida me apeé del vehículo. No recuerdo si caí o quedé de pies.¹²

- *Fenómeno del déjà vu*: consiste en tener la extraña sensación de que una vivencia objetivamente nueva y actual ha sido ya experimentada con anterioridad y en la misma forma, “como algo ya

11. J. Cortázar, *El perseguidor y otros cuentos* (México: Pepsa Editores, 1976).

12. G. Hernández, *Crónicas de viaje a través del recuerdo* [inédito] (Bogotá, 1997).

visto”. También hace referencia a “algo ya oído”, o a “algo ya entendido”. Puede presentarse con respecto a un objeto individual: Shelley presentó a su amigo, que se llamaba E.J. Trelaway. Al fijar la vista en aquel hombre me sentí impresionado y excitado. Parecía que lo hubiera visto antes, “en circunstancias sospechosas”. En realidad, jamás le había visto.¹³

O también con respecto a un ambiente o situación:

El general llegó del brazo de Fernando, y con el párroco de la Concepción, que era rector del colegio. Tan pronto como franqueó la puerta se apoyó de espaldas al muro, sorprendido por el olor de las guayabas expuestas en una totuma sobre el alféizar de la ventana, y cuya fragancia viciosa saturaba por completo el ámbito del dormitorio. Permaneció así, con los ojos cerrados, aspirando el sahumero de vivencias antiguas que le desgarraban el alma, hasta que se le acabó el aliento. Luego escudriñó el cuarto con una atención meticulosa como si cada objeto le pareciera una revelación. Además de la cama de marquesina había una cómoda de caoba, una mesa de noche también de caoba con una cubierta de mármol y una poltrona forrada de terciopelo rojo. En la pared junto a la ventana había un reloj octogonal con números romanos parado en la una y siete minutos. —¡Por fin, algo que sigue igual! —dijo el general.

El párroco se sorprendió.

—Perdóneme, Excelencia —dijo— pero hasta donde llegan mis luces usted no había estado antes aquí.

También se sorprendió José Palacios, pues nunca habían visitado esa casa, pero el general persistió en sus recuerdos con tantas referencias ciertas que a todos los dejó perplejos.¹⁴

- *Fenómeno del jamais vu*: Consiste en tener la impresión subjetiva de que algo objetivamente ya conocido, aparece como desconocido, “como algo jamás visto”, oído o entendido:

Una paciente que es reiteradamente hospitalizada en el mismo pabellón de la clínica y cuyo ambiente debería serle familiar, y que insiste en desconocer. Además “creía que sus hijos no eran realmente sus hijos, sino otros niños traídos diariamente a la clínica. Que, en lugar de su esposo, acudía algunas veces

13. F. Prokosch, *op. cit.*

14. G. García Márquez, *El general en su laberinto* (Bogotá: Editorial La Oveja Negra, 1985).

a verla un hombre de mentón más ancho. Que la persona que decía ser su suegra, no era realmente la madre de su marido".¹⁵

Los fenómenos de *déjà vu* y de *jamais vu* se corresponden con alteraciones en el reconocimiento de la realidad.

- Falsos recuerdos: consisten en un agregado de detalles inexactos creados por la fantasía y que distorsionan el recuerdo de la situación real. Incluyen los *falsos reconocimientos de personas*:

- *El no reconocer a una persona conocida*:

- ✓ *Síndrome de Capgras*, en donde lo conocido aparece como desconocido: el enfermo vivencia a una persona conocida de un modo doble: unas veces ella misma y otras su doble: "El enfermo afirma que una persona bien conocida por él, es un doble o un engañador, que ha tomado la forma de dicha persona" (Capgras y Reboul-Lachaux, 1923). El síndrome de Capgras adquiere el matiz de lo delirante y a diferencia de la desrealización no hay en el Capgras extrañeza, sino desconocimiento.

- ✓ Una variante es la del *doble de sí mismo*:

Pero, de pronto, se detuvo como herido del rayo, y luego retrocedió rápidamente y miró al otro individuo, que apenas había pasado de largo, retrocedió también, como si alguien hubiera tirado de un hilo. El desconocido alejose ligero entre un turbión de nieve. También él iba aprisa y reconcentrado en sí mismo, también llevaba el sombrero echado sobre la frente y subido el cuello de la capa, y también finalmente, andaba como el propio señor Goliadkin, a ligeros y menudos saltitos, algo así como al trote (...) Finalmente volvió a ver al desconocido, precisamente al desembocar en una calle. Solo que ahora no se le atravesaba en el camino, sino que iba delante de él, en la misma dirección, a pasitos menudos y como al trote ligero. No tardaron ambos en llegar a la Schestilavotnaya. Al señor Goliadkin dejó de latirle el corazón; el desconocido habíase detenido precisamente delante de la casa donde él vivía (...) El desconocido estaba allí, sentado en su cama, también con el sombrero y la capa puestos; reíase un poquito, lo miraba y le hacía señas afectuosas con la cabeza. El señor Goliadkin quiso gritar, pero no pudo; quiso protestar contra aquello, pero las fuerzas le faltaron. Se le erizaron los cabellos, y se quedó tieso de

15. F. Alonso-Fernández, "El delirio depresivo paranoide", en *Psicopatología*, vol. 18 nro. 2: 67-80 (abril-junio, 1998. Madrid).

espanto junto al intruso. Razón tenía de sobra para ello. El señor Goliadkin había reconocido enseguida a su nocturno amigo (...) Su nocturno enemigo no era nadie, sino él mismo (...) sí, señores: el propio señor Goliadkin, que era el mismo señor Goliadkin (...); en una palabra: que era en todos sentidos eso que se llama su doble.¹⁶

- *Ilusión de los Sosías*: cuando el enfermo reconoce que entre el verdadero sujeto y el supuesto doble existe un asombroso parecido, que a menudo le impide distinguirlos con facilidad. Capgras lo denomina *Ilusión de los Sosías*, como una modalidad de falso reconocimiento persistente “de una persona que tiene tanta semejanza con otra que se confunde con ella”:

Hermes, hijo ilegítimo de Zeus se transfigura en Sosías, un servidor de Anfitrión, en tanto que su padre, Zeus, toma las facciones de Anfitrión. Zeus, aprovechando la ausencia de este, se presenta a Alcmena, la de los pies encantadores, la cual lo confunde con Anfitrión, su esposo, y pasa una noche con él. Zeus hizo durar esta noche tanto como tres noches ordinarias. Nueve meses después, Alcmena pone en el mundo, en Tebas, a dos hermanos gemelos: Ificles, ser mortal inferior al resto de los hombres, que fue engendrado por Anfitrión, y Hércules, al tiempo dios y héroe griego por excelencia, que fue engendrado por Zeus, hijo de Cronos y señor de todos los dioses.¹⁷

- *El reconocer a una persona desconocida*.
- *Fabulación*: consiste en tomar como recuerdos auténticos fantasías de la imaginación destinadas a llenar la ausencia de recuerdo, en otras palabras, el intento de relleno de lagunas mnésicas. Se corresponde con una falla en los *procesos de codificación del recuerdo*, o de la *recuperación del recuerdo* adecuado a la información seleccionada¹⁸.

Formas de exploración y detección

La memoria se evalúa en el contexto de la entrevista por las quejas del paciente o sus allegados por frecuentes olvidos (en dónde dejó sus llaves, la billetera),

16. F. Dostoyevski, *El doble* (Madrid: Aguilar, 1968).

17. F. Alonso-Fernández, *op. cit.*

18. J. Quemada, "Psicopatología y daño cerebral", en *Revista Informaciones Psiquiátricas*, 189: 239-252 (2007. Publicaciones científicas. Hermanas Hospitalarias del SCJ).

por dificultad para la retención de información (dificultad para seguir la temática de una telenovela o seriado o para la comprensión de la lectura del periódico o revistas), por las constantes preguntas sobre la ubicación de espacios antes familiares para el paciente (ubicación del baño, la cocina o el patio), por los conflictos que generan los reclamos sobre deudas (reales o imaginarias), por las aparentes desorientaciones en el entorno conocido (el parque, la iglesia, o simplemente cómo regresar a casa acabando de salir de ella), por las imprecisiones del relato, por la dificultad para la realización de cálculos elementales u otros previamente bien dominados etc., es decir, a través de la observación de aspectos de su vida cotidiana y sobre el regreso a tópicos ya explorados en el curso de la entrevista. De manera activa se hace solicitando recordar un número o nombre, o al pedir que cierre los ojos y describa el vestido del entrevistador, o los objetos o decoración del recinto¹⁹.

En síntesis, se trata de evaluar lo que el paciente recuerda, lo que el paciente reconoce o identifica, y lo que el paciente reproduce.

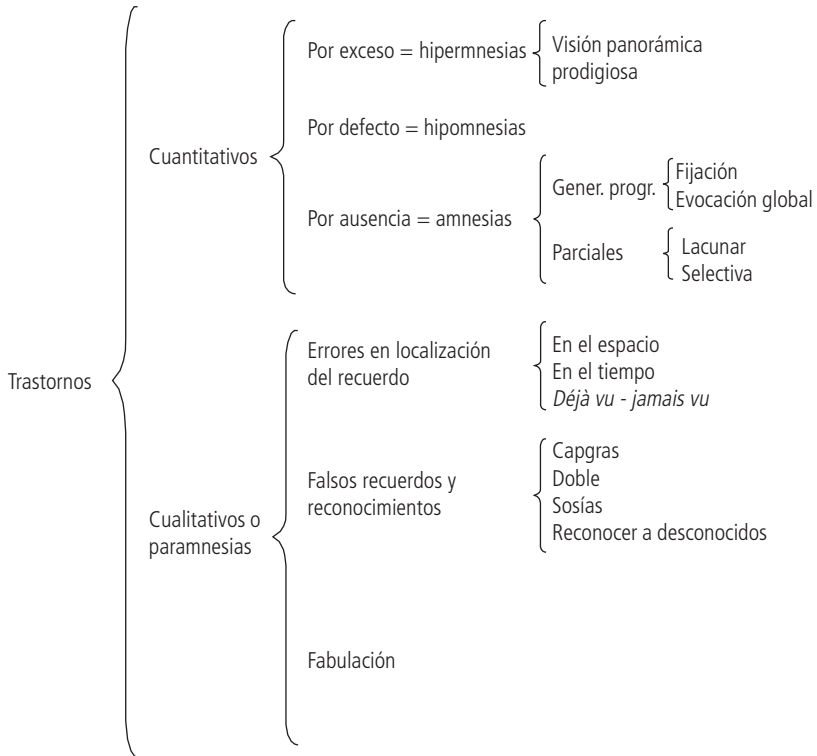
De una manera práctica, durante la entrevista se puede diferenciar la *fabulación* de la *confabulación*, en donde en esta última el paciente no recuerda ni la fábula que se inventó previamente, por lo que el relato no es consistente en diferentes momentos de la entrevista, ni en otros momentos. En la simple *fabulación*, el relleno inventado suele ser consistente (recuerda el mismo cuento) en los diferentes momentos; pero ambas, *fabulación* y *confabulación* comparten el fenómeno amnésico y permiten la defensa, a su manera, de la angustia generada por el vacío de memoria²⁰.

Los trastornos de la memoria se cuantifican e identifican en forma más precisa cuando se realizan pruebas psicométricas, teniendo en cuenta que la atención, concentración y ansiedad pueden alterar los resultados de las pruebas, por ejemplo, en pacientes que están recibiendo neurolépticos.

19. M. C. Taborda [Comunicación personal] (Bogotá, 2005).

20. L. A. Cárdenas [Comunicación personal] (Bogotá, 2012).

Sinopsis



Orientación

Los planetas de nuestro sistema solar tienen alrededor de cinco mil millones de años. Los primeros dos mil millones de años de la existencia de la Tierra fueron demasiado calientes para el desarrollo de cualquier estructura complicada.

Los tres mil millones de años restantes han estado dedicados al lento proceso de la evolución biológica, que ha conducido desde los organismos más simples hasta seres que son capaces de medir el tiempo desde el big bang.

HAWKING

Definición y conceptos básicos

El sistema nervioso central (SNC) posee un *reloj biológico* que regula los *ritmos circadianos* que permiten la sincronización entre las neuronas, los ciclos de luz medioambiental y el tiempo solar.

Para que las funciones celulares se lleven a cabo efectivamente se requiere la intervención de ciertas proteínas que organizan los eventos celulares en dimensiones específicas de tiempo y de espacio.

Los organismos que poseen relojes biológicos tienen ventajas adaptativas sobre los que no los tienen.

Desde los inicios de la civilización, el hombre ha organizado su actividad siguiendo las pautas de tiempo que le impone la naturaleza; en otras palabras, ha aprendido que los ciclos regulares de luz miden los días, las fases de la luna, los meses, las estaciones y los años. Hacia la Edad Media logró diseñar los instrumentos para medir el tiempo con mayor precisión, en horas, minutos, segundos y sus fracciones: el reloj, el péndulo, el arco cicloide, etc.¹

1. E. Punset, *Redes, Neurociencias*. Programa de divulgación científica, televisión española (2011), en www.redes.tve.es.

El sistema (ritmo) *circadiano* representa un trabajo complejo de regulación de oscilaciones en unidad de tiempo, en el cual un grupo neuronal que actúa como *marcapasos* es entrenado para que al ser estimulado por los ciclos de luz/oscuridad diarios transmita señales sincrónicas a osciladores circadianos locales en los tejidos periféricos. Estos eventos permiten regular procesos biológicos fundamentales, como los ciclos de sueño/vigilia, el envejecimiento celular y el metabolismo en general, así como procesos específicos de memoria y cognición.

La reproducibilidad de las respuestas secuenciales espacio-temporales es esencial en circuitos neuronales de los sistemas sensorial y motor.

La *orientación* es la función psicológica que nos permite conocer nuestra ubicación en las coordenadas de tiempo y espacio e identificarnos como Yo unitario.

La orientación es una función dependiente de la conciencia. En tal sentido, si hay alteración de la conciencia habrá alteración en la orientación. Sin embargo, puede haber alteración de la orientación sin que necesariamente haya alteración de la estructura de la conciencia.

La orientación en el espacio y en el tiempo, u *orientación alopsíquica*, es un rendimiento psíquico complejo, en el cual es necesario poner en coordinación varias funciones psicológicas, como conciencia, atención, memoria y pensamiento.

La *orientación autopsíquica* se refiere a la orientación en persona, la cual, cuando se pierde, imposibilita la identificación de sí mismo. *Ontogenéticamente*, la primera orientación que se adquiere es la orientación en persona, luego la orientación en espacio y por último la orientación en tiempo. Cuando hay psicopatología de la orientación el sujeto se desorienta primero en tiempo, luego en espacio y finalmente se pierde la orientación en persona. Cuando el sujeto se recupera de la desorientación, primero se orienta en persona, luego en espacio y por último en tiempo.

Filogenéticamente, la adopción de la posición erecta, la bipedestación y la liberación consecuente de la mano encargada hasta entonces de la locomoción, alimentación y depredación, permiten ahora su utilización para la exploración espacial del entorno, y con él, de la realidad.

La llamada flecha psicológica del tiempo es la dirección única en la que sentimos que pasa el tiempo, la dirección en la que recordamos el pasado, pero no el futuro.

Hay que distinguir entre “*la percepción*” de la dirección única en la que *pasa el tiempo*, y el “proceso” por medio del cual el cerebro maneja las imágenes

mentales *de futuro* con las que crea “contenidos de memoria”, relacionados con la imagen mental de futuro, que es la base de la propia “visión de futuro”, la cual a su vez permite identificar “objetivos” (metas futuras) y dirigir el esfuerzo en su consecución.

Tan solo percibimos tres dimensiones espaciales: dos dimensiones espaciales no parecen ser suficientes para permitir el desarrollo de seres complejos como el hombre (“animales bidimensionales sobre una tierra unidimensional tendrían que trepar unos sobre otros para adelantarse. Si una criatura bidimensional comiese algo no podría digerirlo y tendría que vomitar los residuos por el mismo camino por el que se los tragó, ya que si hubiese un paso a través de su cuerpo dividiría a la criatura en dos mitades separadas. De la misma manera, no podría haber circulación de la sangre”) y también habría problemas con más de tres dimensiones espaciales (“La fuerza gravitatoria entre dos cuerpos disminuiría con la distancia más rápidamente de lo que lo hace en tres dimensiones. Las órbitas de los planetas serían inestables y la tierra giraría en espiral, o bien hacia el sol, o bien alejándose de él, y los electrones escaparían totalmente del átomo o caerían en espiral en el núcleo”).

La vida, como nosotros la conocemos, puede existir solamente en regiones del espacio-tiempo de una dimensión temporal y tres dimensiones espaciales.

La conjunción espacial y temporal es lo que permite la *unidad perceptual*² o estructura funcional interna que representa el momento *actual* de la realidad del mundo externo. Por otra parte, el sistema tálamo cortical evolucionó como una solución para implementar la *coherencia temporal* en el funcionamiento de las distintas áreas cerebrales. Estos eventos unificadores son el sustrato de una abstracción denominada el *sí mismo*, o *subjetividad*, o *asiento de la capacidad de predicción*. Es decir, el sí mismo es un evento generado por la unificación del tiempo con la unificación de los componentes espaciales fraccionados obtenidos a partir de la percepción de la realidad externa y del mundo interno. Es un organizador de percepciones.

Bases biológicas de la función

Al ser la orientación una función que es en específico dependiente de la estructura de la conciencia, el soporte biológico es el mismo de esta.

2. R. Llinás, *El cerebro y el mito del Yo: El papel de las neuronas en el pensamiento y el comportamiento humano* (Bogotá: Editorial Norma, 2003).

La identificación de las coordenadas de espacio y tiempo dependen del aprendizaje, principalmente de la función de memoria.

El sistema tálamo cortical relaciona de manera sincrónica las propiedades del mundo externo, referidas por los sentidos, con las motivaciones y memorias generadas internamente.

La habilidad de los marcapasos neuronales depende de flujos iónicos, neuromoduladores y actividad sináptica que condicionan cambios de voltaje en unidades de tiempo (están involucrados canales iónicos, actividades de segundo mensajero, concentraciones de calcio intracelular)³.

Los relojes circadianos están mediados por actividad genética específica (hay por lo menos seis genes implicados en el mecanismo del reloj y, adicionalmente, cuatro genes en el mecanismo de sincronización intracelular por fuera del reloj que sincronizan el funcionamiento de neuronas con la luz solar)⁴ y complejos procesos de biología molecular y de bioquímica⁵ que involucran al cerebro, los cuales, por vía de respuesta, activan glucocorticoides, nervios simpáticos y órganos periféricos que a su vez tienen sus propios relojes circadianos⁶.

El cerebro puede “medir el tiempo” mediante la actividad de la *corteza prefrontal dorsolateral*, que es la misma corteza involucrada en el registro de *memorias de trabajo* con lo cual se integran en la misma estructura el “*timing cognitivo*” y la memoria, estando los dos procesos mediados por la *dopamina*⁷.

La *amígdala* es activada en situaciones de miedo, estrés, o en circunstancias de alta emotividad; influye en el registro subjetivo del paso del tiempo “enlentecido” que se registra como “en cámara lenta”, cuando tales condiciones emocionales están presentes.

El principal *marcapasos circadiano* está ubicado en el *núcleo supraquiasmático del hipotálamo*⁸.

3. J. M. Ramírez, A. K. Tryba and F. Peña, “Pacemaker Neurons and Neuronal Networks: An Integrative View”, in *Curr Opin Neurobiol*, 14(6): 665-674 (Dec., 2004).
4. M. H. Hastings and E. D. Herzog, “Clock Genes, Oscillators, and Cellular Networks in the Suprachiasmatic Nuclei”, in *J Biol Rhythms*, 19(5): 400-413 (Oct., 2004).
5. J. S., Takahashi “Finding New Clock Components: Past and Future”, in *J Biol Rhythms*, 19(5): 339-347 (Oct., 2004. Howard Hughes Medical Institute).
6. H. Okamura, “Clock Genes in Cell Clocks: Roles, Actions, and Mysteries”, in *J Biol Rhythms*, 19(5): 388-399 (Oct., 2004).
7. P. A. Lewis and R. C. Miall, “Remembering the Time: A Continuous Clock”, in *Trends Cogn Sci*, 10(9): 401-406 (Sep., 2006).
8. P. L. Lowrey and J. S. Takahashi, “Mammalian Circadian Biology: Elucidating Genome-Wide Levels of Temporal Organization”, in *Annu Rev Genomics Hum Genet*, 5: 407-441 (2004).

El *striatum* parece estar involucrado en la medición del tiempo transcurrido.

Como ya se ha señalado, los ciclos de luz son fundamentales para la *organización del tiempo*. Sin embargo, el *tiempo* como concepto, es una *construcción cerebral*, es decir, es la forma como el cerebro aprende a registrar la sucesión de estímulos que generan imágenes mentales, las cuales constituyen los diferentes “acontecimientos” que va registrando.

Una dificultad que tiene que sortear el cerebro es cómo correlacionar la “duración” de los eventos, con la “simultaneidad” con la que se presentan, y en últimas, “con la sucesión” (con el orden: primero unos, después otros) con el que registre las diferentes “memorias” de experiencia y de sucesos.

Otra dificultad que se le plantea al cerebro está representada en la forma con la cual “corrige” las *diferentes velocidades* con las que viajan los *diferentes estímulos simultáneos* que registran los órganos de la percepción, según el canal perceptivo elegido: los estímulos visuales (ondas físicas de luz) viajan vía axónica, a una velocidad superior que los estímulos auditivos (ondas físicas de sonido). Si un estímulo tiene componentes visuales y auditivos, que emanen “al mismo tiempo” de una misma fuente, el cerebro los registrará según sea el orden de llegada de los estímulos cerebrales: primero lo harán los de luz, luego los de sonido. En ese momento, el cerebro realiza su tarea de “sincronía de luz y sonido”, aprovechando la función de “ventana”, que permite que los estímulos registrados con una variación de tiempo inferior a una décima de segundo sean “arrastrados” como *una unidad*, y el cerebro los interprete como “*simultáneos*”.

En otras palabras, un “ahora” sensorial puede ya haber sucedido cuando la conciencia registra el “ahora”⁹.

En síntesis, el concepto cerebral de “tiempo” implica no solo el registro de la duración de los estímulos en sí mismos y el tiempo que demoran en ser registrados corticalmente, sino también la activación de las memorias del registro cerebral del orden en el que ocurren los sucesos, y la simultaneidad con la que “corrige” las demoras debidas a las cualidades sensoriales de cada uno de los estímulos percibidos.

Dado que en el trabajo cerebral *tiempo y memoria* están íntimamente relacionados, al final lo que tenemos como *percepción de la realidad* es una particular *lectura* cerebral sobre un particular *registro de acontecimientos* mediados,

9. D. Eagleman en: E. Punset, *op. cit.*

asociados, interrelacionados, sincronizados e interpretados *en una forma inconsciente* por toda la actividad cerebral.

Un problema adicional está representado en el cómo el cerebro aprende a “viajar en el tiempo” (*mental*), con memorias (experiencia previa de pasado), y con predicciones (imágenes de preexperiencia de futuro). Este logro humano está relacionado con la actividad de los *córtices occipitotemporal, temporoparietal y anteromedial temporal*, activados en diferentes periodos de tiempo y destinados a la formación de *mapas mentales* básicos para la elaboración de *mapas de predicción*¹⁰.

Dado que la *adrenalina* acelera el cronómetro interno, el tiempo transcurrido bajo un estado de estrés severo puede ser percibido subjetivamente como un *enlentecimiento del tiempo* efectivamente transcurrido.

La mutación de códigos genéticos involucrados en los componentes del reloj biológico resultan en enfermedad, cáncer y disturbios en los ciclos de sueño/vigilia.

Recientes investigaciones en modelos animales han permitido avanzar en la identificación de varios tipos celulares relacionados con la forma como se construye la *espacialidad*: se han identificado “*células de lugar*”, “*células de dirección*” y “*células de red*”, que ubicadas en la *corteza entorrinal* emiten señales que funcionan como las coordenadas en un mapa, mientras que las “*células de límite*” pueden definir el perímetro que sirve de referencia como marco para la ubicación de los lugares que están dentro del mismo. Esto parece indicar que la acción colectiva de estos grupos celulares se constituye en un circuito que permite “*autolocalización*” (*ubicación espacial*) en un entorno.

Funcionamiento psicológico normal en la vida cotidiana

La *orientación alopsíquica* es la que nos permite saber con claridad en dónde estamos ubicados en un momento determinado, y correlacionar esta ubicación y este tiempo con otras ubicaciones y otros tiempos.

Nos permite saber sin mayores validaciones externas si es de día o de noche, si estamos a comienzos, mediados o fin de año, si el sitio en el que estamos es el de trabajo, recreo o en el hogar y que el hoy es distinto del ayer y del mañana.

10. S. Arzy, “Self in Time: Imagined Self-Location Influences Neural Activity Related to Mental Time Travel”, in *J. Neurosci*, 28(25): 6502-6507 (Jun. 18, 2008).

Norte no es un *lugar* —me explicó, como si yo fuera un tonto—. Es una dirección y una dirección bastante vaga. Tú has venido demasiado al norte.

—¿Entonces el Aztlán está *atrás* de mí?

Se rió ante mi desconcierto. “Atrás, a un lado y más allá”.

Con impaciencia dije: —¡Y me está hablando de direcciones vagas!

Riéndose aún, continuó: “Al seguir en el desierto durante todo tu camino, siempre te moviste en dirección noroeste, pero no lo suficientemente hacia el oeste. Si no te hubieras dejado llevar por la idea de *norte*, posiblemente habrías encontrado el Aztlán desde hace mucho, sin tener que soportar el desierto y sin tener que dejar las tierras vivas”.¹¹

La *orientación autopsíquica* es la que nos permite vivenciarnos como Yo único, y como punto de referencia para entender las ubicaciones de otros objetos (No Yo) como entidades diferentes del Yo, ubicadas a su vez en determinados espacios y tiempos, es decir, la *orientación autopsíquica* es la que permite lograr la *identidad* y la *continuidad del Yo*.

La percepción de los cambios internos y la capacidad de reconocerlos como “propios” permite identificar el sentimiento asociado con la emoción, como el eslabón entre la sensación interoceptiva y el reconocimiento de que dicha sensación es propia; es decir, se logra un primordio de conciencia de “*autorreconocimiento* (yo soy el que siente; esa sensación ocurrió en mí)”.

La capacidad de organizar el comportamiento adecuándolo *al tiempo* que corresponda, y de extrapolar planes o comportamientos *en el tiempo*, es una función de los *lóbulos frontales*, cuyo daño explica la incapacidad para hacer planes organizados en el tiempo y para anticipar (*acción futura*) las consecuencias de dichas acciones.

Los *lóbulos frontales* son entonces el mecanismo por el cual el organismo se libera del *pasado* y se proyecta en el *futuro*, pues dotan al organismo de la capacidad de *crear modelos neurales* de cosas, como *prerrequisito* para hacer que estas sucedan, “modelos de algo que todavía no existe”, pero que uno quiere traer a la existencia, al menos en la mente.

Para evocar una “*representación interna del futuro*”, el cerebro debe tener la capacidad de tomar ciertos elementos de experiencias pasadas y *reconfigurarlos*

11. G. Jennings, *Azteca* [Barcelona: RBA Editores S.A., 1993].

de una forma tal que en su totalidad no se corresponde con ninguna experiencia pasada real¹².

Un hombre siempre debe ir completo a donde lo llamen, no puede alegar, “Traigo aquí esta parte de quien soy, el resto se ha retrasado en el camino”.¹³

La vivencia de percepción del paso del tiempo está determinada en gran parte por el estado afectivo y varía normalmente en las diferentes etapas de la vida o en ciertas circunstancias de la misma: el paso del tiempo se percibe más lentamente en la infancia, así como en condiciones de fatiga o aburrimiento, o en la depresión, mientras que en la vida adulta puede percibirse como de paso muy rápido, sobre todo si se está contento.

El término “*chronesthesia*” ha sido incorporado para explicar los mecanismos de cómo la conciencia maneja el “*tiempo subjetivo*”¹⁴.

La espera se hizo intolerable. El tiempo le parecía deslizarse con pies de plomo, mientras él se sentía transportado por una monstruosa ráfaga al borde de un sombrío precipicio (...) Entonces, súbitamente el Tiempo se detuvo para él. Sí; aquella fuerza ciega, de pausado aliento, cesó en su reptación, y durante aquella muerte del Tiempo, horribles pensamientos corrieron ágilmente ante él, desenterrando un porvenir horrendo, de su tumba.¹⁵

Psicopatología

En forma fisiológica, la fatiga, la somnolencia, la apatía, pueden modificar la función de orientación.

Ciertas condiciones psicopatológicas pueden alterar la vivencia de percepción del tiempo: depresión, euforia, manía. En el paciente psicótico junto con la desorganización global del funcionamiento psicológico puede tenerse la sensación subjetiva de más de una temporalidad simultánea, e incluso de una *atemporalidad*, la cual es además característica del *proceso primario de pensamiento*¹⁶.

12. E. Goldberg, *El cerebro ejecutivo: Lóbulos frontales y mente civilizada* (Barcelona: Editorial Crítica, 2002).

13. J. Saramago, *Historia del cerco de Lisboa* (Bogotá: Casa Editorial El Tiempo, 2001).

14. D. Struss, *Principles of Frontal Lobe function*, edited by R. Knight (New York: Oxford University Press, 2002).

15. O. Wilde, “El retrato de Dorian Gray”, en *Obras completas* (Madrid: Aguilar, 1975).

16. J. Garcandía, [Comunicación personal], Bogotá, 2000.

La percepción del espacio generalmente está alterada en las fobias (agorafobia, claustrofobia).

Las *lesiones del lóbulo parietal* condicionan pérdida de la orientación espacial, pero en general la orientación se altera por cualquier causa que afecte el SNC: intoxicaciones, traumatismos craneoencefálicos, hipoperfusión vascular cerebral, hipertensión endocraneana, enfermedad de Alzheimer, etc., y en algunas patologías psiquiátricas, como en los síndromes histéricos disociativos y en las psicosis orgánicas.

La orientación alopsíquica se pierde en el *Síndrome Confusional* del cual es patognomónica. Al sujeto le es imposible determinar en qué sitio está, reconocer el entorno, con dificultad puede reconocer vagamente a personas conocidas, no sabe cuál es la fecha exacta, etc. Es muy frecuente en los síndromes demenciales.

La orientación autopsíquica se pierde cuando hay estrechamiento grave del campo de conciencia, pero si la estructura de la conciencia está indemne y hay desorientación, entonces la causa probable es psicógena.

Formas de exploración y detección

En los cuadros clínicos psiquiátricos es muy importante valorar esta función en forma adecuada, pues ello puede constituirse en un indicador que permite identificar cuándo una patología mental es más probablemente de causa orgánica y cuándo de causa psicógena.

Cuando se detecta una desorientación clara por síndrome confusional, la causa será casi siempre orgánica. Por lo general, en los cuadros de origen psicógeno no hay alteración de la estructura de la conciencia.

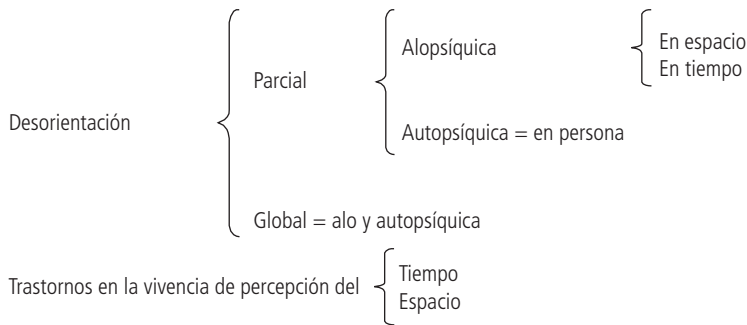
El examen físico (neurológico incluido) es obligatorio en pacientes desorientados, pues permite identificar el cuadro clínico y orienta sobre la etiología del mismo. El examen mental, a través del interrogatorio adecuado y la observación de la conducta global del paciente, generalmente valida los hallazgos del examen físico.

Es necesario señalar que la cualificación de desorientación en psicopatología hace referencia no a un momento circunstancial o pasajero, sino a la dificultad reiterada para lograr rápidamente dicha orientación. Por ejemplo, al acabar de despertar de un sueño, es normal tener durante unos segundos la sensación de no reconocer dónde se está, ni qué día es, o incluso no saber la hora. Estos eventos no constituyen alteración psicopatológica, tampoco las desorientaciones pasajeras por haber estado mucho tiempo concentrados en

una actividad, o las derivadas de cambios emocionales muy bruscos y masivos, por ejemplo, bajo estados de máxima tensión o de pánico. Son psicopatológicos cuando en la vigilia no es posible lograr dicha orientación y esta dificultad acarrea traumatismos en el funcionamiento psicológico o en la normal adaptación al medio.

El perfil de la visión del tiempo de un suicida es, a diferencia de uno no suicida, de alto interés en el pasado expresado a través de nostalgia u obsesión, escaso y negativo interés por el presente y mínimo o nulo interés por el futuro¹⁷.

Sinopsis



17. J. Bostwick y J. Rundell, "Suicidio", en J. Rundell y M. Wise, *Fundamentos de la psiquiatría de enlace* (Bogotá: Licitelco S.A., 2003).

II parte

**PSICOPATOLOGÍAS DESDE UN
CEREBRO EVOLUCIONADO**

El cerebro humano como generador de realidad, pero también de psicopatología

El *cerebro* es el principal órgano del SNC. Está constituido por dos hemisferios (derecho e izquierdo), que aunque tienen diferentes especializaciones trabajan sincronizadamente. Se calcula que trabaja con miles de millones de neuronas, las cuales por medio de asociaciones van constituyendo “*redes neuronales*”, que son a su vez “*unidades funcionales*” que están en la base de todo conocimiento, de toda memoria y de la conciencia.

El *neocórtex* consta de cuatro lóbulos mayores, cada uno ligado a su propio sistema de informaciones (occipital: *visual*; temporal: *sonidos*; parietal: *táctil*; y frontal: *movimientos*). Cada lóbulo tiene cierta especificidad en su función y cierta especificidad dentro de la actividad cerebral misma; así, por ejemplo, se sabe que el *lóbulo parietal* está en relación con la modulación de ciertos *estados de alerta*, con la *focalización de la atención* y con el reconocimiento abstracto de las tres dimensiones espaciales que maneja el psiquismo y que son fundamentales para guiar las *acciones motoras* en la tridimensionalidad. También se ha demostrado que alteraciones de este lóbulo se correlacionan con *problemas cognitivos* y con *alteraciones en los patrones de reconocimiento* (que están en la base de problemas delusionales), con problemas de *lectoescritura* y con dificultad para el *reconocimiento de nombres*¹.

A su vez, el *lóbulo temporal* se ha asociado con ciertos *estados de ansiedad* y con problemas de *memoria*. La función de este lóbulo es clave para los procesos de *lectura y reconocimiento facial*, el *tono emocional de los estímulos* y ciertas

1. M. Taylor and N. Vaidya, *Descriptive Psychopathology*, ebook (New York: Cambridge University Press, 2009).

reacciones de *huida/lucha*. Alteraciones del lóbulo temporal izquierdo se han correlacionado con *afasia receptiva*².

Sin embargo, también se sabe, y desde hace mucho más tiempo, que tanto el control de los estados de alerta, la atención, la orientación espacial, la ansiedad y el tono emocional con el que se inviste la información del sensorio, están fundamentalmente localizadas en áreas subcorticales, topográficamente definidas. Esto se señala aquí para indicar la complejidad de los sistemas de integración y el sofisticado trabajo de modulación de las respuestas a que son sometidas en forma simultánea diferentes zonas del cerebro, con distintas funcionalidades y especialización, pero cuyo trabajo sincronizado está integralmente destinado a la obtención del mayor rendimiento cerebral.

La *especialización hemisférica* se ve claramente en el proceso de regulación, en el que cada hemisferio maneja emociones primarias opuestas: el *hemisferio izquierdo*, mediado principalmente por la dopamina (la cual se ha asociado con el placer y las adicciones), está relacionado con las llamadas “emociones positivas”, que caracterizan a los sujetos felices y optimistas, quienes tienen gran aceptación social. La corteza prefrontal izquierda se activa intrínsecamente con la “información placentera”. Alteraciones del lóbulo frontal izquierdo se asocian con depresión.

Por su parte, el *hemisferio derecho*, mediado principalmente por la norepinefrina, se asocia con “emociones negativas”, que están relacionadas con tristeza, disgusto, temor, pesimismo y exclusión social. La corteza prefrontal derecha se activa intrínsecamente con situaciones predefinidas como “malas” o displacenteras. Lesiones de este hemisferio se vinculan con manía, euforia y *belle indifference*.

De una manera equivalente, se relaciona al hemisferio izquierdo con el *lenguaje* y al derecho con la *prosodia* y el *tono emocional* del mismo, pero también el hemisferio derecho se asocia con aquellas funciones menos susceptibles a la *introspección*, mayormente relacionadas con *anosognosia*, en las que el paciente no logra hacer conciencia de su limitación, y por lo tanto falla en compensar las consecuencias de la misma³. Más aun, pacientes con lesiones del hemisferio derecho tienen más dificultades para entender el *humor*, el *sarcasmo*, la *metáfora* y los *significados no literales del discurso*, lo que causa más dificultades para *mantener el tema principal* de la conversación. Estas limitaciones están

2. M. Taylor and N. Vaidya, *ibidem*.

3. E. Goldberg, *The Wisdom Paradox* (New York: Gotham Books, 2006).

en el centro de los problemas de *lenguaje y comunicación* que habitualmente afectan a los pacientes psiquiátricos⁴.

Como ya se ha señalado, a pesar de que la especialización hemisférica es evidente, hay otras estructuras cerebrales que están involucradas en la regulación de las emociones, en la experiencia emocional y en la expresión de emociones: la *corteza cingulada*, ciertas partes del *tálamo* y la *amígdala*.

Queda entonces, en el *cerebro como totalidad*, la tarea de hacer un equilibrio armónico en el funcionamiento de los dos hemisferios: mantener este equilibrio constituye un verdadero yin y yang cerebral.

El cerebro –un órgano encerrado herméticamente dentro de la rigidez del cráneo– procesa información sensorial (procedente de un mundo situado por fuera del cráneo); cuando la estimulación (información) sensorial es debidamente repetida produce un crecimiento dendrítico y una formación de nuevas sinapsis, con las que se genera *experiencia y memoria*.

Así, a mejor y eficaz estimulación sensorial corresponde una mayor densidad sináptica y más ramificaciones dendríticas, cuyo resultado evolutivo son más y mejores circuitos cerebrales que generan mejores *imágenes mentales* del mundo externo, las cuales son la base de nuestro conocimiento de la *realidad*.

La mayor parte de los estímulos que llegan al cerebro proceden del *mundo interno*. Esta actividad afortunadamente se registra en forma inconsciente, ya que es procesada por las estructuras más antiguas del cerebro.

El registro y la sucesiva comparación de las memorias de cada experiencia sensorial, procedente de estímulos del *mundo externo* (captada con la *atención* y registrada como *memoria*), “evoca” un *recuerdo* que se asocia con una “imagen” virtual específica, la cual, procesada por el cerebro que la interpreta, se convierte en la imagen mental de una “realidad” de lo que ocurre afuera. Es decir, que a través de todo este proceso, el cerebro actúa como una forma de “crear conocimiento del mundo”.

De la misma manera como el cerebro humano es el mayor logro evolutivo del SNC, y el asiento de todo lo que es propio de lo humano (*lenguaje, cultura, civilización*), cuando enferma puede llegar a ser causa de desajustes graves de los sistemas neuronales afectados y de la consiguiente liberación de las estructuras funcionales más primitivas.

4. M. Taylor and N. Vaidya, *op. cit.*

Tanto en el caso de enfermedades del *neurodesarrollo* (del lóbulo frontal, por ejemplo, causante de *esquizofrenia*), como en casos de alteraciones *inmunoendocrinológicas*⁵, y otros tipos de *lesiones primarias*, están involucradas no solamente las estructuras anatómicas y sus áreas funcionales dependientes, sino también todos los componentes que regulan la *neurotransmisión cerebral* y que afectan la conducta. Esto a la postre se traduce en que cualquier alteración de la función cerebral sea susceptible de producir alteración de la función psicológica que depende de ellas, y en consecuencia, a mayor alteración de la función psicológica, habrá una mayor alteración de la conducta y un mayor grado de desadaptación.

5. J. Gálvez, "Psiconeuroinmunoendocrinología", en *Psiquiatría clínica: Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos*, C. Gómez *et al.* (Bogotá: Editorial Médica Internacional Ltda., 2008).

Lóbulos frontales neocorticalizados: conectividad, especialización e integración funcional

En la etapa final de la evolución, los lóbulos frontales experimentan una expansión que da origen a desarrollos fundamentalmente humanos: la *conciencia*, el *lenguaje* y la aparición del *Yo* (sin el cual no puede existir “ninguna cognición compleja”), así como el desarrollo de las *funciones ejecutivas*¹.

La *corteza prefrontal* es el resultado de un logro evolutivo tan complejo y sofisticado en el que intervienen tan variadas estructuras, funciones y divisiones, que se le puede definir desde diferentes ópticas, pudiendo resultar todas ellas correctas; así, por ejemplo:

- Citoarquitectónicamente, como el área que contiene las regiones Brodman 8, 9, 10, 11, 12, 13, 44, 45, 46 y 47;
- o como el área delimitada por las proyecciones subcorticales del núcleo Tálamico Dorso Medial;
- o si se prefiere, bioquímicamente, como el área que recibe las proyecciones del sistema dopamínico mesocortical.

Hay que señalar que las divisiones *genéticas* cerebrales que sirven como base para el estudio del envejecimiento de la estructura cerebral, relacionada a su vez con los procesos del envejecimiento cognitivo, no se corresponden

1. E. Goldberg, *El cerebro ejecutivo: Lóbulos frontales y mente civilizada* (Barcelona: Editorial Crítica, 2002).

con las divisiones del cerebro, basadas tradicionalmente en la *estructura*^{2,3} y la *función*⁴.

La *corteza prefrontal* es entonces la parte del cerebro que tiene el *mayor número de conexiones* con todas las estructuras subcorticales relevantes, las cuales poseen en sí mismas las habilidades, las competencias y los conocimientos que comprenden el conjunto del llamado “mundo mental”⁵:

- Con la *corteza de asociación posterior*, que es la máxima estación de *integración perceptual*.
- Con la *corteza premotora*, los *ganglios basales* y el *cerebelo*, implicados en el *control motor* y los *movimientos*.
- Con el *núcleo TDM*, que es la *máxima estación de integración neural dentro del tálamo*.
- Con el *hipocampo*, crítico para los procesos de *memoria*.
- Con la *corteza cingulada*, fundamental para el manejo de la *emoción* y la *incertidumbre*.
- Con la *amígdala*, que regula las relaciones básicas entre los miembros individuales de la especie y las interacciones del organismo con el mundo externo, las cuales son cruciales para la supervivencia (atacar, escapar, copular, comer) *al ofrecer una evaluación afectiva, precognitiva y rápida de la situación, en términos de supervivencia*.
- Con el *hipotálamo*, encargado de la *homeostasis vital*.
- Con los *núcleos del tallo cerebral*, encargados de la *activación* y el *impulso*.

Es decir, la corteza prefrontal parece contener el *mapa de la corteza entera*, cuya propiedad, la “*percepción interior*”⁶, es el prerrequisito crítico de la conciencia. Siguiendo a Goldberg, es precisamente por esta posibilidad de disponer de *todo el mapa cortical* que el neocórtex cambia radicalmente, no solo *la forma en la que se procesa la información* sino la manera como *dota al cerebro con una potencia y una complejidad computacional mucho mayores*.

2. P. Hagmann, “Mapping the Structural Core of Human Cerebral Cortex”, in *PloS Biol* 6 (7) (2008, <http://www.plosbiology.org/articule/info/doi/101371/journal.pbio0060159>).
3. J. Rodney and A. C. Kevan, “Mapping the Matrix: The Ways of Neocortex”, in *Neuron*, vol. 56, issue 2 (Oct. 2007, 226-238).
4. W. Kremen and A. Dale, *Atlas de la superficie del cerebro humano basado en información genética* (Science, 2012; doi 10.1126/science. 1215330).
5. E. Goldberg, *op. cit.*
6. E. Goldberg, *ibidem*.

Esta capacidad de *interconectividad* (interhemisférica, a través del *cuerno calloso*; intrahemisférica, por medio de los *fascículos longitudinales*) es lo que da ventaja evolutiva y adaptativa al neocórtex, con respecto a las conexiones solamente subcorticales. Así entonces, se explica el aforismo de cómo “cuanto mayor es la *interacción* entre dos estructuras cerebrales, mayor es su *integración funcional*; y, a menor *interacción*, *mayor diferenciación funcional*”.

Esta organización está en la base del *principio de eficiencia cerebral*, que permite integrar funciones a través de una mayor *interconectividad cortico-cortical* (tal y como se observa entre la corteza parietal con regiones posteromediales, y en módulos específicos de integración de funciones en áreas frontales y temporales, por ejemplo), y en la base del *principio de rendimiento*, lo que le representa (al cerebro) trabajar con solo un porcentaje –realmente bajo– de neuronas que permanecen “activadas todo el tiempo”; así logra “trabajar (con eficiencia) a demanda”, según la necesidad (sin que todas las neuronas tengan que estar simultáneamente trabajando en lo mismo, todo el tiempo).

La utilización de estos principios le facilita al cerebro hacer “*modelos cognitivos*”, que son los que le permiten “hacer lo justo y suficiente, a tiempo”. Alteraciones en la dinámica de estos principios están relacionadas con disfunciones en la vida cotidiana y representan eventos psicopatológicos que impactan la conducta.

En consecuencia, la corteza prefrontal llega a ser la *única parte del cerebro* capaz de integrar la información interna con la externa, y por lo tanto, *la única con la capacidad de integrar las realidades externa e interna*. Cuando se desintegra esta función, se producen las incapacidades para discriminar lo real de lo que no lo es, la realidad de la fantasía, la realidad de lo imaginario; dificultades que están en el centro de los *trastornos disociativos* severos y de las *psicosis*.

De otra parte, con el aporte de la nueva adquisición evolutiva, la conducta pasa de ser simplemente *reactiva* a ser conducta ampliamente *proactiva*, y a depender en gran medida de las capacidades frontales de poder prever el futuro, hacer planes concordantes con él y actuar “por objetivos”.

Dado que la *flexibilidad mental*, la capacidad de ver las cosas con una nueva luz, la *creatividad* y la *originalidad* dependen de los lóbulos frontales, resulta entonces explicable que ciertas lesiones de ellos puedan producir múltiples psicopatologías que afectan principalmente la conducta y la personalidad.

Es interesante señalar que los aspectos conocidos como “específicamente humanos” (*dilemas sociales, disyuntivas morales, conceptos éticos, empatía, insight*

crítico, organización secuencial de la conducta, relaciones causales “if then”, diferencias entre derecha-izquierda y verdadero-falso, un lenguaje de gramática compleja, escritura, aprendizaje por experiencia, toma de decisiones, etc.), son todos dependientes del desarrollo de los lóbulos frontales, requieren de un específico y prolongado periodo de maduración adicional, a pesar de que no está garantizada su absoluta presencia en todos los humanos, ni su absoluta ausencia en otras especies⁷.

7. E. Goldberg, *The Wisdom Paradox* (New York: Gotham Books, 2006).

Conciencia

Hasta el más humilde dolor de muelas puede reclamar perfectamente la atención de mi conciencia.

POPPER

Definición y conceptos básicos

En términos generales, la conciencia es la capacidad que permite *darse cuenta de algo*. Se corresponde con un *estado funcional cerebral*. Es la base de nuestra habilidad de *escoger*.

La *conciencia* es una de las funciones más complejas del psiquismo; mediante ella podemos percibir los estímulos del mundo externo e interno, podemos sentir, pensar, actuar y decidir *unitariamente*, como *Yo total*, en forma discriminada e incluso predeterminada.

La conciencia es la estructura de la organización misma de la vida de relación, y no es una simple “función” sino que es la misma organización del ser, en tanto que está compuesta para ser, a la vez, objeto y sujeto¹ por la que reconocemos nuestra experiencia como tal.

Sin la conciencia, no es factible integrar ninguna de las funciones psicológicas. La conciencia es la estructura que organiza e integra todo el funcionamiento psicológico, pues es el campo operacional del psiquismo. Requiere un sistema nervioso suficientemente evolucionado y complejo para dar al organismo una imagen unitaria que le permita interactuar con el mundo.

Con fines metodológicos, y por tanto artificiales, entendemos entonces que la función de conciencia tiene capacidades especializadas que nos permiten, entre otras:

1. H. Ey, *La conciencia* (Madrid: Gredos, 1967).

- La capacidad de estar alerta (*conciencia neurológica*).
- La capacidad de percibir, identificar y modular aspectos funcionales propios de la actividad cerebral, que se corresponden con las funciones psicológicas (*conciencia de eventos psicológicos propios*).
- La capacidad de percibir, identificar e interactuar con estímulos diferentes de los del Yo (*conciencia de la realidad externa*).

Dado que desde el punto de vista evolutivo el papel del SNC es proteger al individuo, dicho SNC ha desarrollado esta función a través de la elaboración de un sistema *automático, rápido y reflejo* que permite mantener activado un *estado de alerta inconsciente* capaz de “percibir” el *ambiente* en todo momento. Esta, evolutivamente, es la “preconfiguración” de la *futura conciencia*².

En otras palabras, la conciencia se asocia con las capacidades de discriminar, categorizar y reaccionar a estímulos ambientales, con la capacidad de integración de la información mediante un sistema cognoscitivo, con la de informar acerca de los estados mentales, la de tener acceso a los propios estados internos, la de focalizar la atención, la de realizar el control deliberado del comportamiento y la del establecimiento de la diferencia entre el sueño y la vigilia³.

La *conciencia neurológica o estructural* es la ventana que determina el rango de apertura útil del campo de conciencia en el cual se pueden seleccionar estímulos relevantes. Es la que nos permite decir si el sujeto está alerta o no.

Si la apertura del campo de conciencia se exagera hay inundación de estímulos y la información sensorial pierde utilidad, ya que se menoscaba la función filtro que le es esencial para poder discriminar y seleccionar los relevantes. Por otra parte, si se estrecha demasiado el campo de conciencia se pierde la posibilidad de captar estímulos relevantes.

La *conciencia psicológica* nos permite identificar como propios los fenómenos que ocurren dentro de nuestro psiquismo, y confrontarlos como tales frente a la estimulación del mundo externo.

Durante gran parte del primer año de vida se desarrolla el proceso de identificación del propio cuerpo y su integración al Yo. Sabemos que al inicio del proceso hay un completo estado de *simbiosis* entre la madre y el hijo,

2. R. Houdart, “Consciousness”, in *Encephale*, 20(2): 159-168 (Mar., 1994).

3. Chalmers citado en R. Ulinás, *El cerebro y el mito del Yo: El papel de las neuronas en el pensamiento y el comportamiento humano* (Bogotá: Editorial Norma, 2003).

sin que para el psiquismo del niño haya límite entre su cuerpo y el de la madre, que son en esta etapa uno solo.

El niño a medida que va madurando su SNC, básicamente a través del proceso de mielinización, va identificando que hay límites corporales que empieza a asumir principalmente a través de las “*sensaciones de contacto*”⁴, las cuales se tienen una vez obtenida una satisfactoria *coordinación óculo-manual*.

Por otra parte la estimulación temprana, y principalmente el contacto corporal directo, facilita el conocimiento de los límites del propio cuerpo. Es obvio que hay órganos y partes del cuerpo cuyo conocimiento no es directo, lo que importa es la integración del esquema corporal como algo propio del Yo al psiquismo.

Es evidente la existencia de una *conciencia moral* que de hecho puede o no estar incorporada en el sistema de valores de la persona, o que incluso puede determinar parte del funcionamiento de la personalidad global o de determinadas conductas particulares, de importancia por ejemplo en la comprensión psicopatológica del trastorno antisocial de la personalidad. Un problema adicional está representado por la necesidad de clarificar las repercusiones éticas sobre la etiología psicopatológica, o sobre las consecuencias psicológicas involucradas en los procesos mentales del ejercicio de *conciencia moral*, *principios morales*, *dilemas morales*, *juicio moral*, *justificación moral*, o de *daños morales* causados por acción o por omisión de conductas específicas.

La conciencia moral, a la que tantos insensatos han ofendido y de la que muchos más han renegado, es cosa que existe y existió siempre, no ha sido un invento de los filósofos del Cuaternario, cuando el alma era apenas un proyecto confuso. Con la marcha de los tiempos, más las actividades derivadas de la convivencia y los intercambios genéticos, acabamos metiendo la conciencia en el color de la sangre y en la sal de las lágrimas y, como si tanto fuera aún poco, hicimos de los ojos una especie de espejos vueltos hacia dentro, con el resultado, muchas veces, de que acaban mostrando sin reserva lo que estábamos tratando de negar con la boca.⁵

4. R. Spitz, *El primer año de vida del niño* (México: Fondo de Cultura Económica, 1986).

5. J. Saramago, *Ensayo sobre la ceguera* (Barcelona: Santillana S.A., 2000).

En síntesis, la *conciencia* puede ser entendida como la capacidad que tiene el sistema nervioso para *diferenciar e integrar información*, y con ello, generar *experiencia*⁶.

Siendo como es, la resultante del máximo punto evolutivo del SNC, la *conciencia* es expresión de la actividad de la *red neuronal cortical* de todo el SNC, pero en específico, su función está más íntimamente relacionada con la actividad mental de los *lóbulos frontales*⁷.

Bases biológicas de la función

La capacidad de tener conciencia es un *a priori filogenético funcional*. La capacidad para responder a estímulos externos (objetivos) es el primer atributo de un cerebro primitivo. El *estado de alerta* es una *condición necesaria* para que se dé la función de conciencia, mientras que la *experiencia consciente* depende de la actividad neuronal sincronizada. Estudios recientes de neurofisiología especializada parecen señalar que la simultaneidad de la actividad en el sistema tálamo cortical en forma de ondas coherentes a 40 Hz se relacionan estrechamente con la función de conciencia, al permitir la *coherencia temporal* de diversas áreas cerebrales capaces de engendrar *estructuras funcionales* como *el self*, asiento del *sí mismo*, en el cual *las funciones predictivas del cerebro* pueden operar de manera coordinada.⁸ Entendida así, la conciencia es un evento discontinuo, determinado por la simultaneidad de la actividad en el sistema tálamo cortical.

Dado que el cerebro es un sistema interconectado, donde las capacidades cognitivas (lenguaje, memoria, razonamiento) y los procesos sensoriales están localizados en diferentes áreas, es muy probable que la función de conciencia esté también distribuida entre los innumerables componentes del cerebro.

Sin embargo, la *corteza prefrontal* parece contener el mapa de la corteza entera, propiedad que quizá sea el prerrequisito crítico de la conciencia, la *percepción interior* de la realidad⁹. Esto se logra a través de la capacidad cerebral de elaborar *imágenes mentales*, y de ser capaz de trabajar con ellas (*virtuales*).

6. G. Tononi. "An Information Integration Theory of Consciousness", in *BMC Neurosc*, 5-42 (Nov. 2, 2004).

7. R. Houdart, *op. cit.*

8. R. Llinás, *op. cit.*

9. E. Goldberg, *El cerebro ejecutivo: Lóbulos frontales y mente civilizada* (Barcelona: Editorial Crítica, 2002).

La evolución de la conciencia, máxima expresión del cerebro desarrollado, depende de la evolución de la *corteza prefrontal*, de la cual también depende la capacidad de “integrar” las *imágenes mentales* obtenidas a partir de los estímulos de los objetos de la realidad externa, y de los estímulos internos.

En forma genérica se acepta que el *tálamo* se encarga de hacer el registro de la estimulación precedente del mundo externo, mientras que el *hipotálamo* procesa la de los estados internos, siendo la *corteza prefrontal la única región cerebral en la que converge la totalidad de información* externa e interna.

Esto hace que dicha corteza sea la única en el cerebro con la “maquinaria neuronal” capaz de integrar y trabajar con las dos fuentes básicas de datos con las que se construye la *imagen de la realidad*.

El trabajo cerebral consiste en este punto no solo en sintetizar las percepciones en un “*todo integrado y con significado*”, sino también en el poder ofrecer una *imagen probabilística de la realidad* con la cual la *corteza prefrontal* pueda elaborar algún tipo de *predicción* y pueda escoger entre varias probabilidades la mejor, o la más adaptativa¹⁰.

En este sentido, “*integración sensorial*”, “*capacidad de predicción*”, “*habilidad de escoger*”, “*darse cuenta de*”, son funciones propias de la conciencia, dependientes del funcionamiento de la corteza prefrontal.

En síntesis, la corteza prefrontal le permite adicionalmente a la conciencia tener acceso a las *representaciones internas de los propios estados mentales* de uno y a las *representaciones internas de los estados mentales de los otros*; con ello, facilita la *diferenciación del “Yo”*, el “*No Yo*” y el *entorno*, y actúa como elemento básico en el desarrollo de la capacidad de *empatía*.

Un nivel adicional de complejidad está representado por el cómo hace el cerebro para “tener conciencia” de que las acciones realizadas son propias (y no ajenas), y cómo se genera la sensación consciente de que somos los “autores” de nuestros actos y de sus consecuencias.

Frith¹¹ propone un modelo que permite entender cómo en el proceso de toma de decisiones, con respecto a dos acciones que puedo elegir, el cerebro toma primero la decisión de cuál acción será realizada, y luego, *a posteriori*, registra la acción “elegida”, es decir, hace consciente la elección. Así, *la toma de conciencia es posterior al momento en el que se toma la decisión*. En cambio,

10. E. Goldberg, *ibidem*.

11. C. Frith, “Attention to Action and Awareness of Other Minds”, in *Conscious Cogn*, 11(4): 481-487 (Dec., 2002).

la conciencia de “iniciar” la acción ocurre antes de que el movimiento haya sido hecho. Estas “diferencias temporales” son las que definen en una primera etapa la “conciencia de la intención de actuar”, y en otra, la “conciencia de las consecuencias del acto”. Dichas percepciones son las que nos generan la sensación de que somos los actores (del acto y de sus consecuencias). En ese instante, ya se han activado la *corteza cingular anterior*, y la *corteza prefrontal medial*.

La función de conciencia (nerológica y psicológica) depende del normal funcionamiento de la estructura anatómica y fisiológica del SNC, es decir, de una estructura biológica.

El despertar, la vigilia, la vigilancia, dependen de la interacción del *sistema reticular*, el *hipotálamo* y el *cerebro frontal*, todo el *neocórtex*, y de factores *humorales* (adrenalina), *vegetativos* (simpático y parasimpático), *vasculares* (riego sanguíneo) y *sensoriales* (estímulos eficaces).

En el nivel más profundo del cerebro y el filogenéticamente más primitivo (el mesencefálico), la *formación reticular* y sus proyecciones al *tálamo* permiten focalizar la *atención* y el registro “consciente” del estímulo. La destrucción de este nivel, induce el *estado de coma*. Su estimulación, por el contrario permite generar descargas eléctricas compatibles con el registro electroencefalográfico del estado de “conciencia” (*alerta*, *vigilia*). En los niveles más altos y filogenéticamente más recientes del cerebro (*corteza prefrontal*) se localizan las funciones de conciencia más elaboradas (*autoconciencia*, *conciencia introspectiva*)¹².

Las estructuras del *tallo cerebral* y el *hipotálamo* cumplen con la función de regular la actividad consciente y el descanso rítmico del sueño.

Las oscilaciones del nivel de vigilancia se reflejan en la actividad eléctrica cerebral y por ello pueden medirse. Las descargas rítmicas de la vigilia son de 20-40 ciclos/segundo; durante el sueño pierden sincronía, y a mayor sincronía, mayor nivel de alerta.

Los *lóbulos frontales* son la sede de la *moralidad*. La *amoralidad* típica de las personalidades antisociales está en relación con el *síndrome orbitofrontal*: desinhibición, discontrol de impulsos, intolerancia a la frustración, incapacidad de espera de gratificación e imprevisión de las consecuencias de los propios actos. De hecho, en algunas patologías graves de la personalidad se habla de una “*agnosia moral*”.

12. K. A. Jellinger, “Functional Pathophysiology of Consciousness”, in *Neuropsychiatry*, 23(2): 115-133(2009).

Funcionamiento psicológico normal en la vida cotidiana

La conciencia es la función psicológica que permite darse cuenta de lo que ocurre con uno mismo y de lo que ocurre en el entorno.

La temprana interacción madre-niño es importante para el desarrollo normal de la *corteza orbitofrontal* durante los primeros meses de vida. Las experiencias perturbadoras en esta etapa de la vida pueden afectar o dañar de forma permanente esta corteza, predisponiendo con ello a ulteriores enfermedades psiquiátricas¹³.

Todas las operaciones, sin duda, todos los pasos del espíritu, pueden estar o haber estado dotados de un “coeficiente de conciencia”. Si me paseo en mi jardín, si pienso en lo que haré mañana, si me acuerdo de tal acontecimiento, si preparo el próximo, si calculo, si medito, si me concentro, si me alegro con una buena noticia, si estoy inquieto, todos mis pensamientos, todos mis proyectos, todas mis inquietudes y todos mis actos han dependido de mi conciencia en cuanto son experiencia.

Puede decirse que la memoria, la atención, la reflexión, el lenguaje, el conocimiento, la inteligencia, la sensibilidad, la percepción, el Yo, la conciencia moral, la conciencia de sí mismo, son, en todo o en parte, modalidades conscientes de la vida psíquica que nos remiten a la conciencia como a la realidad estructural de la que dependen cada uno de estos aspectos, y no como a una yuxtaposición de funciones.¹⁴

En forma normal o fisiológica el *campo de conciencia* varía a lo largo del día, estrechándose por ejemplo cuando hay fatiga, sueño, escasez y monotonía de estímulos, y ampliándose cuando hay mucho interés o la estimulación es muy intensa.

El *campo de conciencia* es eficiente solo dentro de determinado rango, fuera del cual la conciencia se hace menos eficiente, y por tanto, pierde capacidad en el procesamiento de la información.

Por otra parte, la conciencia tiene funciones psicológicas específicas que permiten asumir como propios la imagen corporal y su vivencia unitaria a pesar de los cambios del paso del tiempo u otras eventualidades, como accidentes o cirugías que puedan haber cambiado partes del cuerpo. De ellas dependerán también en gran parte la satisfacción consigo mismo, los distintos niveles de

13. E. Goldberg, *op. cit.*

14. H. Ey, *op. cit.*

vanidad, el grado de confianza personal y otras variables subjetivas que distinguirán la personalidad o modelarán pautas interrelacionales y de conducta.

Psicopatología

En psicopatología tenemos en cuenta dos modalidades de conciencia:

- La estructura de la conciencia o conciencia estructural (neurológica).
- Los contenidos de la conciencia (psicológica).

Alteraciones de la estructura de la conciencia

Son los cambios patológicos del estado vigil producidos por alteraciones del funcionamiento cerebral (traumatismos craneoencefálicos, hemorragias o isquemias cerebrales, infecciones del SNC, tóxicos exógenos o endógenos que afecten el SNC, etc.). En forma *cuantitativa* puede haber alteraciones por exceso o por defecto.

- Las alteraciones *cuantitativas por exceso* se corresponden con los *síndromes de hipervigilancia*: casi todos son debidos a factores tóxicos tales como anfetaminas, cocaína o cualquier estimulante del SNC, y a enfermedades mentales graves.
- Las alteraciones *cuantitativas por defecto* se corresponden con los *síndromes de hipovigilancia*, debidos a intoxicaciones con sustancias depresoras del SNC o por lesiones de este mismo: hemorragias cerebrales, infecciones del SNC, hipoxia cerebral, lesiones ocupando espacio (LOE) o traumatismos craneoencefálicos. Hay distintos grados de hipovigilancia patológica a partir de la somnolencia:
 - *La obnubilación*: en la que además del descenso en el nivel de conciencia hay adormecimiento, lentitud psicomotora y disminución electroencefalográfica de ritmos alfa.
 - *El estupor*: en el cual hay pérdida profunda del nivel de conciencia, no hay respuesta significativa a los estímulos auditivos, hay marcada inhibición motora, resistencia a estímulos excepto los muy dolorosos, pérdida de adaptación al mundo externo y predominio electroencefalográfico de ondas delta.
 - *El coma*: en el cual hay pérdida completa del estado de conciencia, con inhibición motora total, ausencia de reflejos normales, resistencia a estímulos, incluso dolorosos, y el trazado electroencefalográfico es de tipo isoelectrónico.

- En forma *cuantitativa* los trastornos de la estructura de la conciencia están representados por el *síndrome confusional*. En este hay un estrechamiento del campo de conciencia, el sujeto está desorientado (auto y alopsíquicamente), está perplejo, aparece muy angustiado, no puede fijar la atención, hay bradispsiquia, alteración psicomotora y su lenguaje pierde coherencia. De este distinguimos dos variantes:
 - *El síndrome confuso-onírico*: en el que el sujeto tiene además alteraciones senso perceptivas y *sensación de extrañeza* con lo que ocurre a nivel externo y siente estar viendo la realidad como si fuera un sueño (*onirismo*), en el cual las imágenes oníricas se le confunden con la realidad, por lo que es frecuente la *interpretación delirante* de la misma. Presenta, además, manifestaciones vegetativas, como sudoración profusa, taquicardia, temblor, etc.
 - *El estado crepuscular*: además de lo anterior, el sujeto presenta *automatismos psicomotores* complejos en forma paroxística que no son conscientes, por lo tanto tiene *amnesia posterior* de todo el evento en el cual hubo estrechamiento del campo de conciencia. Es muy frecuente en las llamadas *epilepsias psicomotoras*, crisis parciales complejas o del lóbulo temporal, pero también se observa en los cuadros de lesiones ocupando espacio intracraneal. Una causa menos frecuente es de tipo psicógeno: el estado crepuscular histérico.

Para fines prácticos el síndrome confusional se equivale clínicamente al *delirium*¹⁵. Se define como una alteración de la conciencia que arrastra secundariamente consigo alteraciones de las funciones cognitivas (memoria, lenguaje, atención, pensamiento), instaurada en forma más o menos rápida y sobre la base de una enfermedad orgánica, generalmente sistémica, o debida a consumo de tóxicos, y patonogmómicamente acompañada de fiebre.

El *delirium* es un trastorno de la conciencia debido a una causa exógena orgánica demostrable, que por tanto va precedido de alteraciones del estado de la conciencia estructural, con estrechamiento del campo de conciencia y síndrome confusional. El ejemplo típico es el del *Delirium Tremens* por intoxicación alcohólica, pero también se observa en el curso de fiebres muy intensas, en traumatismos craneoencefálicos severos y después de algunas crisis en

15. American Psychiatric Association (APA), *Psychiatric Self-Assessment & Review* (Barcelona, 2000).

las *epilepsias del lóbulo temporal*. En el *delirium* hay conciencia parcial de enfermedad, y por tanto, crítica parcial de lo anómalo de la situación, a diferencia de lo que ocurre con la idea delirante primaria, generalmente de causa psicógena. El *delirium* es, entonces, un síndrome mental orgánico de tipo agudo¹⁶.

Por entonces, caí enfermo, al parecer de malaria, y permanecía tendido en el jergón que había improvisado como lecho. Deliraba durante largos periodos y, gracias a esa lúcida facultad que desarrolla la fiebre por debajo del desorden exterior de sus síntomas, logré entablar un diálogo con las hembras. Una noche, no sé obedeciendo a qué impulsos secretos avivados por el delirio, me incorporé gritando en altas voces que reverberaron largo tiempo contra las paredes de la mina: “¡A callar, hijas de puta! ¡Yo fui amigo del Príncipe de Viana, respeten la más alta miseria, la corona de los insalvables!” Un silencio, cuya densidad se fue prolongando, acallados los ecos de mis gritos, me dejó a orillas de la fiebre. Esperé la noche entera, allí tendido y bañado en los sudores de la salud recuperada.¹⁷

Alteraciones de los contenidos de la conciencia

Son los cambios patológicos en las funciones psicológicas propias de la conciencia. Desde el punto de vista psicopatológico los trastornos del contenido de la conciencia se pueden dividir en:

- Alteraciones de la conciencia de captación del Yo corporal.
- Alteraciones de la conciencia de captación del Yo psicológico.
- Alteraciones de la conciencia de captación del mundo externo (o No Yo)¹⁸.
- Las *alteraciones de la conciencia de captación del Yo corporal* hacen referencia a trastornos de la identificación del propio cuerpo.

La capacidad de *reconocimiento del propio cuerpo* es innata “y presupone la existencia de una especie de matriz biológica del conocimiento

16. C. Gómez et al. (eds. académicos), *Fundamentos de psiquiatría clínica: Niños, adolescentes y adultos* (Bogotá: CEJA, 2002).

17. A. Mutis, *Empresas y tribulaciones de Maqroll El Gaviero. Siete novelas* (Bogotá: Alfaguara, 1977).

18. J. Vallejo et al., *Introducción a la psicopatología y psiquiatría* (Barcelona: Toray-Masson, 1998).

de la *imagen corporal* que es heredada¹⁹, y que está relacionada con la actividad de las llamadas *neuronas espejo*. Estas neuronas forman parte de un sistema de *percepción/ejecución*, por medio del cual la simple observación de *movimientos ajenos* (mano, boca, cuerpo) activa las mismas regiones específicas de la *corteza motora*, “como si el individuo fuera el que estuviera realizando esos movimientos, aunque el que observa no los haya efectivamente realizado”.

La integración sensorial permite generar la “*imagen del esquema corporal*”.

La autoconciencia del propio esquema corporal se verá ulteriormente influenciada por las imágenes de *valor estético*, y de *valor social*, cuyos constructos en personas vulnerables y en contextos puntuales pueden predeterminar la aparición de psicopatologías relacionadas con la forma, como el Yo acepta y se identifica, o no, con el propio cuerpo.

Una mañana, tras un sueño intranquilo, Gregorio Samsa se despertó convertido en un monstruoso insecto. Estaba echado de espaldas sobre un duro caparazón y, al alzar la cabeza, vio su vientre convexo y oscuro, surcado por curvadas callosidades sobre el que casi no se aguantaba la colcha, que estaba a punto de escurrirse hasta el suelo. Numerosas patas, penosamente delgadas en comparación con el grosor normal de sus piernas, se agitaban sin concierto.²⁰

La piel es de capital importancia no solo para la función protectora del organismo y para el desarrollo afectivo, sino también para la percepción del propio cuerpo, para la internalización de la imagen corporal y para su compatibilización con clichés culturales o con exigencias de la moda, por ejemplo, lucir bien bronceado, parecer más joven, eliminar arrugas o modelar expresiones faciales, de todo lo cual puede depender el bienestar global de la personalidad. Aunque el atractivo de la piel sea cuestión de subjetividad, la marca de la cultura influirá decisivamente a través de ella en la aceptación psicológica o no de la imagen corporal.

19. J. Gómez, "Cerebro e imagen corporal", en *Avances, Rev Asoc Col Psiq Biol*, vol. 8: 7-17 (2007).

20. F. Kafka, *La Metamorfosis* (Bogotá: Planeta Colombiana Editorial S.A., 1985).

Por otra parte, el dominio de la autoexperiencia relatada al propio cuerpo, la introyección del sí mismo corporal, son básicos en el desarrollo del *self*.

De sus alteraciones parecen depender no solo desórdenes de somatización, sino también otras condiciones psiquiátricas tales como hipocondriasis, preocupaciones corporales infundadas o exageradas e insatisfacción con el cuerpo, que se pueden convertir en causas de malestar incluso en población general²¹. De ahí que el énfasis en la apariencia física y el ejercicio muscular en la cultura contemporánea incrementan la preocupación individual, al punto de disparar, en los más vulnerables, evidente desorden clínico en grupos de riesgo, por ejemplo, quienes pretenden imitar a los atletas de competencia o las modelos profesionales.

El disgusto por su propio cuerpo superaba el deseo que sentía por su marido. Su cuello desaparecía tras la doble papada, los senos y la barriga eran un solo promontorio de monseñor, pero con sus vestidos de seda y sus espléndidas joyas, como se presentaba casi siempre, resultaba un espectáculo prodigioso.²²

- La *dismorfofobia*: es una alteración frecuente en la adolescencia que consiste en la no aceptación o en el franco rechazo de algunas particularidades del cuerpo, que se autoperciben en forma distorsionada o exagerada, por ejemplo, en la gordura subjetiva de una persona objetivamente delgada. Morselli, en el siglo XIX introdujo el término definiéndolo como “preocupación mórbida”.

Cuando se trata más del temor que de la propia autopercepción, se relaciona con las *fobias*. Cuando se trata más de la convicción que de la realidad, se relaciona con la *actividad delirante*.

Cuando era joven odiaba su cara. El aspecto tirante de sus mejillas, como si le hubiesen tensado la piel. Y una frente demasiado ancha (se negaba a pasar por alto nada negativo). Se preguntaba si la habían sacado del útero a tirones y la habían estirado, o si su madre se había asustado al ver una jirafa (...) En su infancia su madre le había puesto delante de la cara un anuncio de

21. G. Rodin, “The Body Self: An Overview”, en: *Abstract on Disk 2000-2001-2002*, American Psychiatric Association (APA) (Philadelphia, 2002).

22. I. Allende, *Retrato en sepia* (Barcelona: Plaza y Janés Editores S.A., 2000).

Cosmopolitan exclamando calurosa y efusivamente ¡Esa es una belleza!, como si mirándola con suficiente atención pudiera lograr parecerse a una de esas chicas.²³

- La *asomatognosia*: trastorno del contenido de la conciencia por medio del cual el Yo vivencia la inexistencia o desaparición del propio cuerpo, como ocurre en los delirios de negación.
- La *anosognosia*: trastorno del contenido de la conciencia por medio del cual el Yo pierde la conciencia de un segmento corporal, bien sea por elementos psicológicos de resistencia a aceptar la existencia del segmento corporal negado, y/o por lesión neurológica que altera la capacidad de ubicar estereotáxicamente el segmento negado. Se presenta principalmente en lesiones del hemisferio derecho. En psicopatología este término usualmente se utiliza para designar la ausencia de conciencia de enfermedad y se traduce como la no aceptación de la enfermedad a pesar de las evidencias en tal sentido.
- El *miembro fantasma*: trastorno del contenido de la conciencia que consiste en la sensación de persistencia de un miembro amputado, y por tanto separado objetivamente del cuerpo.
- La *heautoscopia*: trastorno del contenido de la conciencia por medio del cual el individuo tiene la vivencia persistente de verse a él mismo desde fuera de su propio cuerpo, *como si fuera efectivamente visto por otro*.

Un escrito de Lord Byron ejemplifica el trastorno, cuando él mismo aparece viéndose desde fuera de él:

(...) Después de esto, quedé obsesionado por la idea de la existencia de otro Byron, un Byron más profundo y más puro, más frágil pero más fuerte, un Byron más intrincado pero más armonioso, menos voluble pero más perceptivo, y un día del mes de noviembre, mientras iba por la calle, vi un rostro surgir de la niebla, y tuve la aterradora impresión de que el verdadero Lord Byron venía hacia mí.

23. A. Miller, *Una chica cualquiera* (Madrid: Unidad Editorial S.A., 1998).

- La *deuteroscopia*: es una modalidad de heautoscopia en la cual el doble propio aparece de forma corpórea, de figura y facciones, diferentes a las propias:

Se levantó ingrátido de la mesa y se sorprendió al ver su propia imagen como en numerosos espejos al mismo tiempo. Se vio desde todos los ángulos, en todas las edades de su vida. Justin el niño perdido en casas enormes, amigo de cocineras y jardineros. Justin la estrella del rugby en el colegio, Justin el solterón profesional, escondiendo su soledad en la cantidad. Justin la gran promesa del Foreign Office y el fracasado, Justin el viudo reciente y padre de su difunto y único hijo.²⁴

- Las *alteraciones de la conciencia de captación del Yo psicológico* hacen referencia a trastornos sobre la *actividad del Yo*, función que nos permite asumir todas nuestras experiencias psicológicas como propias (yo pienso, yo soy el que piensa, mis pensamientos son míos, yo siento, yo actúo); o sobre la *identidad del Yo*, función que nos permite asumir que seguimos siendo el mismo Yo, a pesar de cambios circunstanciales, del paso del tiempo y aun de cambios corporales que tengamos.
 - *Alteración en la actividad del Yo (la despersonalización)*: alteración de la conciencia de captación del Yo psicológico en la cual las funciones psicológicas aparecen realizadas con la conciencia de no ser propias, de ser ajenas, extrañas, automáticas o que surgen de otra parte diferente al propio psiquismo. Un ejemplo de despersonalización lo constituye la *belle indifférence* en la histeria, y otro como consecuencia del uso de tóxicos. También es frecuente la despersonalización psicótica:

Por más que digas, la locura está aquí dentro y me aterra pensar que pueda despertar en cualquier momento, ahora mismo, y que *él* vuelva a mandar en mí. Había empezado a referirse a su yo *poseído*, a su *ángel* como si fuera otra persona, según la fórmula beckettiana *Yo, no. Él*. Allie cuestionaba estas descripciones. No es él, sino tú, y cuando tú estés bien ya no será tú.²⁵

- *Alteración en la identidad del Yo*: se corresponde con el *signo del espejo*. Alteración en la conciencia del Yo psicológico por medio

24. J. Le Carré, *El jardinero fiel* (Barcelona: Plaza y Janés Editores S.A., 2001).

25. S. Rushdie, *Los versos satánicos* (Barcelona: Seix Barral, 1988).

de la cual el sujeto tiene la vivencia persistente y angustiante de verse y percibirse distinto (raro, extraño o cambiado). Ante tal angustia intenta validar el cambio percibido, mirándose en forma reiterada y prolongada ante un espejo o eludiendo sistemáticamente el mirarse al espejo por el terror abrumador de constatar el cambio y concluir que él ya no es él, el mismo de antes.

Anoche se me ocurrió mirarme en este espejito, y te aseguro que era tan terriblemente difícil que casi me tiro de la cama. Imagínate que te estás viendo a ti mismo; eso tan solo basta para quedarse frío durante media hora. Realmente ese tipo no soy yo, en el primer momento he sentido claramente que no era yo, lo agarré de sorpresa, de refilón y supe que no era yo. Eso lo sentía, y cuando algo se siente... Apenas has sentido ya viene lo otro, vienen las palabras. No, no son las palabras, son lo que está en las palabras, esa especie de cola de pegar, esa baba. Y la baba viene y te tapa, y te convence que el del espejo eres tú.²⁶

- Las *alteraciones de la conciencia de captación del mundo circundante, o en la captación del mundo externo o No Yo*, hacen referencia a la vivencia persistente de cambios inexplicables en el entorno. Se corresponden con la desrealización: trastorno de la conciencia de captación del mundo circundante, en el que se vivencian con marcada angustia y sensación de extrañeza cambios inexplicables en el entorno conocido y habitual, no percibidos por los demás:

—¿Tú has cortado un pedazo de pan con un cuchillo?

—Me suele ocurrir —he dicho, divertido.

—Y te has quedado tan tranquilo. Yo no puedo, Bruno.

—Tienes el pan ahí sobre el mantel —dice Johnny mirando el aire—. Es una cosa sólida, no se puede negar, con un color bellissimo, un perfume. Algo que no soy yo, algo distinto, fuera de mí. Pero si lo toco, si estiro los dedos y lo agarro, entonces hay algo que cambia, ¿no te parece? El pan está fuera de mí, pero lo toco con los dedos, lo siento, siento que eso es el mundo, pero si yo puedo tocarlo y sentirlo, entonces no se puede decir realmente que sea otra cosa. (...)

—En el pan es de día —murmura Johnny, tapándose la cara. Y yo no me atrevo a tocarlo, a cortarlo en dos, a metérmelo en la boca. No pasa nada, ya sé: eso

26. J. Cortázar, *El perseguidor y otros cuentos* (México: Pepsa Editores, 1976).

es lo terrible. ¿Te das cuenta de que es terrible que no pase nada? Cortas el pan, le clavas el cuchillo, y todo sigue como antes. Yo no comprendo, Bruno.²⁷ Y, cosa rara, incluso los retratos parecían cambiar. Encuadré uno de ellos, el más pequeño (...) y lo puse sobre la mesa con el propósito de mostrarlo a Lady Holland. Advertí que los ojos, en aquel retrato, de un azul tan vívido que no podían ser los míos, miraban a un punto inconcreto del espacio, animados por irónica expresión. El día siguiente, noté que los ojos, (en el retrato), ahora de un gris perlado, tenían la vista fija en mis propios ojos, y que la sonrisa se había transformado en un gesto de despectiva burla...²⁸

La desrealización suele llevar implícita la experiencia de extrañeza ante personas conocidas. Se las encuentra cambiadas, alteradas, extrañas. Pero su identidad sigue siendo para el enfermo la misma de siempre. No hay aquí un desconocimiento sino una extrañeza²⁹.

La *conciencia moral* generalmente se ve comprometida en las enfermedades mentales graves, incluyendo los trastornos severos de la personalidad, y en las patologías que cursan con lesiones de los lóbulos frontales.

Formas de exploración y detección

Toda alteración en la estructura de la conciencia trae como consecuencia alteraciones en el contenido de la misma, pero no toda alteración del contenido de la conciencia trae como consecuencia alteraciones de la estructura.

La mayoría de las alteraciones de la estructura son de origen orgánico, mientras que la mayoría de las alteraciones del contenido son de origen psicológico o funcional.

Normalmente, cuando el sujeto está sin alteraciones fisiológicas ni patológicas de la estructura ni del contenido de conciencia y está despierto, se observa *alerta y lúcido*. Sin embargo, aunque el sujeto esté *alerta* puede *no* estar *lúcido*, por ejemplo en el delirio, pues en este estado el sujeto no puede discriminar adecuadamente entre realidad externa e interna.

Entre más estrecho el campo de conciencia el individuo es menos racional y más instintivo.

27. J. Cortázar, *ibidem*.

28. F. Prokosch, *El manuscrito de Missolonghi* (Barcelona: Editorial Planeta, 1968).

29. F. Alonso-Fernández, "El delirio depresivo paranoide", en *Psicopatología*, vol. 18 nro. 2: 67-80 (Abril-junio, 1998. Madrid).

Las alteraciones de la estructura de la conciencia se determinan por el examen físico y neurológico; las alteraciones del contenido, además, por la observación del paciente y su conducta, y por su respuesta emocional frente a señalamientos de realidad.

El daño causado a los centros de memoria del cerebro alteran los contenidos de conciencia a pesar de que pueden dejar intacta la conciencia estructural o neurológica. Esto en parte se explica porque las estructuras neurológicas de la conciencia evolucionaron mucho antes y dependen de estructuras más antiguas (*tronco cerebral, corteza cingulada e hipotálamo*) que aquellas que dependen del neocórtex.

Una vez definido el estado actual de la *conciencia neurológica*, se procede a identificar eventuales alteraciones de la *conciencia psicológica*, teniendo en cuenta que el funcionamiento de esta depende del funcionamiento de la primera.

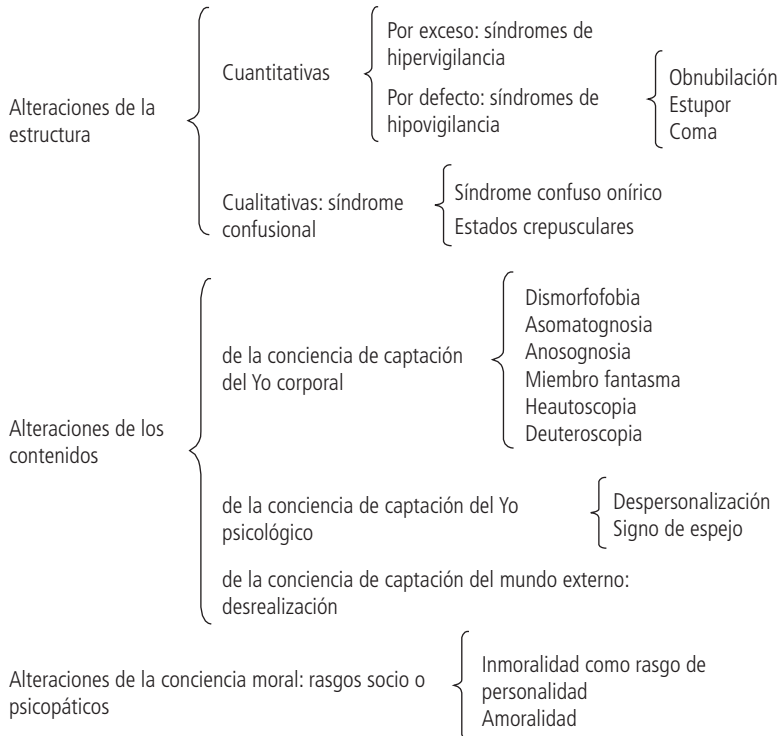
Si la estructura de la conciencia neurológica está alterada, en consecuencia se observarán alteraciones en la conciencia psicológica, de ella dependiente, y por lo tanto, serán *alteraciones secundarias* al daño de la neurológica.

Si la estructura de la conciencia está indemne y su funcionamiento es el esperado, se procede a examinar si los *contenidos de la conciencia psicológica, de la conciencia de la corporeidad y de la captación del mundo externo* son los primariamente afectados, en cuyo caso probablemente se tratará de las verdaderas alteraciones de tipo psicógeno o funcional. Es posible que los *fenómenos de despersonalización* sean episódicos, y por lo tanto, no aparezcan al momento de la entrevista, pero sí relatados en el inmediato pasado. Entre tanto, el *signo del espejo, los signos de la alteración de la imagen corporal y los de la desrealización*, son más persistentes, pues reflejan más graves y mayores alteraciones de la función psicológica, por lo que generalmente se asocian con enfermedades mentales graves.

Especial cuidado ha de tener el entrevistador clínico al hacer la *valoración psicopatológica* de las alteraciones de la conducta moral, identificando, hasta donde sea posible, cuándo ellas se corresponden con alteraciones cerebrales, cuándo con verdaderas “incapacidades” de origen psicológico, para procesar en forma madura, adulta y responsable los códigos morales, los valores sociales y las normas legales, y cuándo la aparente infracción sistemática de alguno de ellos es el producto de creencias, ideologías, o simplemente del consumo de tóxicos, o la consecuencia de eventuales oportunismos. En este sentido es útil observar la persistencia de los *rasgos* en la dinámica de la personalidad.

En cualquiera de las eventualidades anteriores, resulta fundamental *contextualizar* el hallazgo en el marco de la *realidad emocional* del entrevistado, y en el marco de lo que se esperaría de él en el *momento* histórico, social, cultural y educativo del mismo, “para su edad y condición”.

Sinopsis



Pensamiento

El patrimonio más precioso del ser humano
son sus ideas. Nunca tenemos bastantes.
Precisamente lo que nos caracteriza es
la penuria de ideas.

POPPER

Definición y conceptos básicos

El *pensamiento* es la función más compleja y elaborada del psiquismo. Nos permite crear y comunicar ideas. Siguiendo a Aristóteles cuando sentencia que “la mente nunca piensa sin una imagen”, la neurociencia moderna entiende el “pensamiento” como un patrón de actividad cerebral que genera imágenes mentales específicas.

El origen de la capacidad de pensar se encuentra en la interiorización del movimiento. El pensamiento es el resultado de un número creciente de exitosas estrategias de partes del cuerpo, de objetos del mundo externo, de percepciones y de ideas¹.

El pensamiento es una función dependiente de la función de conciencia que nos permite acceder a los procesos cognitivos superiores de *simbolizar* y *conceptualizar*; *saber* y *comprender*.

Tradicionalmente se ha afirmado que el pensamiento primitivo, el del niño pequeño, el dominante en los sueños y el del enfermo mental, comparten características comunes y se guían por las leyes del *proceso primario* (*atemporalidad* que obedece al principio del placer: lo que se quiere, sucede, y el tiempo

1. R. Llinás, *El cerebro y el mito del Yo: El papel de las neuronas en el pensamiento y el comportamiento humano* (Bogotá: Editorial Norma, 2003).

se mueve de acuerdo con la realización de deseos; *ausencia de contradicción*: una cosa puede ser y no ser al mismo tiempo; y *desplazamientos y condensaciones de energía psicológica*, entre más masivo y regresivo sea el proceso).

En el transcurso del desarrollo ontogenético, durante el primer año de vida solo existen patrones *motores*, que son “conducta” aunque no sean aún “gesto semántico”; patrones que se transforman cada vez más en conductas, en la medida en que el movimiento adquiere “significado”.

El recién nacido funciona solo con el proceso primario y sus reacciones y su actividad son el resultado de la descarga de la tensión, *que en ausencia de la organización psíquica* no pueden volverse conscientes. Solo cuando el niño empieza a tener esbozo de movimiento intencional, así sea al rechazar el alimento por medio de movimientos rotatorios de cabeza, alrededor de los seis meses, es el tiempo en el que *los primeros rudimentos del Yo consciente* están establecidos, aunque el niño no tenga aún los medios para dirigir una comunicación explícita a otro. Solo después de los quince meses es permisible interpretar que esas conductas motoras constituyen un mensaje dirigido a otro y afirmar que el patrón motor ha sido puesto al servicio *del concepto abstracto integrado a un sistema de comunicación*.

Así, el patrón motor es investido *con un contenido ideativo* que toma el valor de un *gesto* y ese gesto transmite *una idea abstracta*².

Toda *idea* está íntimamente ligada a un *afecto* concordante, de tal forma que no se concibe normalmente una idea sin su afecto correspondiente. De hecho, el estado afectivo (alegría, tristeza, p.ej.) influencia el estilo y el contenido del pensamiento³, no tanto por el afecto en sí mismo, sino por la *información emocional* adicional a la que siempre está ligado, ya que con este valor agregado aumenta su utilidad para el pensamiento que se está generando, siendo esto de máxima utilidad práctica cuando se hacen *juicios evaluativos* con los que predeterminamos nuestra actitud (positiva o negativa) hacia lo que estamos valorando⁴. Es como si con afectos y actitudes positivas se diera vía libre a la cognición para generar juicios y conducta concordantes; por el contrario, con afectos y actitudes negativas se tienden a inhibir las conductas y el proceso cognitivo relacional.

2. R. Spitz, *El primer año de vida del niño* (México: Fondo de Cultura Económica, 1986).

3. G. L. Clore and J. R. Huntsinger, “How Emotions Inform Judgment and Regulate Thought”, in *Trends Cogn Sci*, 11(9): 393-399 (Sep., 2007).

4. G. L. Clore and J. E. Palmer, “Affective Guidance of Intelligent Agents: How Emotions Controls Cognition”, in *Cogn Syst Res*, 10(1): 21-30 (Mar., 2009).

Así entonces, cada pensamiento genera una emoción, y cada emoción activa circuitos hormonales que impactan, de una u otra forma, a todo el organismo.

El pensamiento del adulto normal es por esencia simbólico y se guía por las leyes del *proceso secundario* (hay un *tiempo cronológico irreversible* que permite un antes, un ahora y un después que se suceden en forma rigurosa y no a voluntad del deseo, pues obedece al *principio de realidad*; la *lógica aristotélicotomista* postula que una cosa no puede “ser” y “no ser” al mismo tiempo, no se puede estar en un sitio y simultáneamente en otro, no se puede ocupar el mismo espacio ya ocupado; no existe nada sin su *causa* que lo haya producido; toda causa produce un *efecto*, pero el efecto no puede producir la causa; hay *conceptos, símbolos y representaciones*).

El cerebro, a partir de la información aportada por los órganos de los sentidos, elabora un *modelo de realidad*. Si este modelo “explica” satisfactoriamente los acontecimientos, el cerebro le atribuye la calidad de “*realidad objetiva*” o de “*verdad absoluta*”⁵. “No hay garantías racionales para creer en la verdad objetiva, pero no tenemos otra opción que actuar como si dicha realidad fuera verdadera” (Hume).

Hay *función simbólica* cada vez que un sujeto es capaz de representar una cosa por otra.

De hecho, incluso las representaciones murales paleolíticas son códigos con *valor simbólico*, así sean de orden mágico religioso:

La exploración de las cavernas con pinturas en las paredes del Paleolítico muestra que el significado aparente de las imágenes parece haber mantenido una *unidad artística* desde el año 30.000 al 9.000 a. C., como si se tratara de un mismo sistema ideológico: todas las pinturas aparecen en un lugar alejado de la entrada, las cavernas en sí mismas son inhabitables, para llegar hasta las pinturas es preciso recorrer centenares de metros o curiosos laberintos (...) los osos, leones y otras fieras salvajes acribilladas de flechas parecerían actualizar una cacería, evocar algún tipo de chamanismo paleolítico o ser interpretación de una *experiencia extática* (...) De otra parte, se ha podido demostrar la existencia, en el paleolítico superior, de todo un sistema *simbólico* de notaciones del tiempo, basado en la observación de las fases lunares, mantenido durante

5. S. Hawking and L. Modinov, *El gran diseño* (Barcelona: Crítica, 2010).

más de 25.000 años (...) Todos estos signos representan un *sistema*, ya que muestran una sucesión y expresan una intencionalidad.⁶

El pensamiento abstracto evolucionó antes que el lenguaje.

En general, la *abstracción* es un principio fundamental de la función del SNC, y el conjunto de procesos neuronales que la originan se refiere a algo que solo existe en la mente: una idea, un concepto, una representación mental de algo⁷.

La *cognición* es una propiedad intrínseca del cerebro, no solo un estado funcional del mismo, sino un *a priori neurológico*. La capacidad de conocer no necesita aprenderse; solo debe aprenderse el contenido particular de la cognición⁸.

Bases biológicas de la función

La *corteza cerebral* es la estructura más nueva, compleja y mejor lograda en los millones de años de evolución.

La corteza cerebral debe estar indemne como prerequisite del desarrollo normal de la función de pensamiento.

La función tiene asiento en los *lóbulos frontal, temporal y parietal*.

La elaboración del pensamiento depende de la *mielinización* del SNC y de la *socialización*, y es una función evolutiva en la que se pasa del *pensamiento concreto* al *abstracto*⁹.

El camino inverso, de utilización del pensamiento abstracto a utilización sistemática de pensamiento concreto, es siempre patológico.

Tanto el exceso en la producción ideativa (manía, psicosis) como su bloqueo (depresión, abulia) están condicionados por el inapropiado balance en la actividad de los *lóbulos frontal y temporal*, que mutuamente se inhiben a través de conexiones corticocorticales, y por alteraciones en el metabolismo o transporte de la *dopamina mesolímbica*¹⁰.

6. M. Eliade, *Historia de las creencias y de las ideas religiosas* (Madrid: Ediciones Cristiandad, 1978).

7. R. Llinás, *op. cit.*

8. R. Llinás, *ibidem*.

9. J. Piaget, *Psicopatología de la inteligencia*. (Buenos Aires. Ed. Psique, 1977).

10. A. W. Flaherty, "Frontotemporal and Dopaminergic Control of Idea Generation and Creative Drive", in *J Comp Neurol*, 493(1): 147-153 (Dec. 5, 2005).

Funcionamiento psicológico normal en la vida cotidiana

En el desarrollo ontogenético, a partir del *pensamiento concreto y por sucesivas etapas graduales, se culmina en el pensamiento abstracto* a través de una serie de operaciones cognitivas de complejidad creciente, articuladas con las posibilidades expresivas del lenguaje y de la comunicación, y con las posibilidades evaluativas y de juicio, para ser utilizadas en el amplio mundo de la realidad, del mundo interpersonal y de la adquisición del conocimiento¹¹.

Por favor..., dibújame un cordero...

Cuando el misterio es demasiado impresionante, no es posible desobedecer. Por absurdo que me pareciese, a mil millas de todo lugar habitado y en peligro de muerte, saqué del bolsillo una hoja de papel y una estilográfica. Recordé entonces que había estudiado principalmente geografía, historia, cálculo y gramática, y dije al hombrecito (con un poco de mal humor) que no sabía dibujar. Me contestó:

—No importa. Dibújame un cordero.

Como jamás había dibujado un cordero, rehíce uno de los dos únicos dibujos que era capaz de hacer. El de la boa cerrada. Quedé estupefacto cuando oí al hombrecito que me respondía:

—¡No! ¡No! No quiero un elefante dentro de una boa. Una boa es muy peligrosa y un elefante muy embarazoso. En mi casa todo es muy pequeño. Necesito un cordero. Dibújame un cordero.

Entonces dibujé. El hombrecito miró atentamente. Luego dijo:

—¡No! Este cordero está muy enfermo. Haz otro.

Yo dibujaba. Mi amigo sonrió amablemente, con indulgencia:

—¿Ves?... No es un cordero; es un carnero. Tiene cuernos...

Rehíce, pues, otra vez mi dibujo.

Pero lo rechazó como a los anteriores:

—Este es demasiado viejo. Quiero un cordero que viva mucho tiempo.

Entonces, impaciente, como tenía prisa por empezar a desmontar mi motor, garabateé este dibujo: (una caja rectangular con tres orificios laterales) Y le largué:

—Esta es la caja. El cordero que quieres está adentro.

Quedé verdaderamente sorprendido al ver iluminarse el rostro de mi joven juez:

—¡Es exactamente como lo quería! ¿Crees que necesitará mucha hierba este cordero?

—¿Por qué?

11. G. Vidal y R. Alarcón, *Psiquiatría* [Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1986].

—Porque en mi casa todo es pequeño...
—Alcanzará seguramente. Te he regalado un cordero bien pequeño.
Inclinó la cabeza hacia el dibujo:
—No tan pequeño... ¡Mira! Se ha dormido...
Y fue así como conocí al principito.¹²

El pensamiento *abstracto* comprende la habilidad para captar matices de significados; es un pensamiento multidimensional que trabaja con habilidad el uso de metáforas y genera hipótesis apropiadamente¹³.

Dorian —dijo finalmente lord Henry cuando sirvieron el *chaud froid*—, ¿qué le pasa a usted esta noche? Está usted muy decaído.

—Creo que está enamorado —exclamó lady Narborough— y que tiene miedo a confesarlo por temor de que me sienta yo celosa. Y hace bien. Me sentiría seguramente celosa.

—Mi querida lady Narborough —murmuró Dorian, sonriendo—, no me he enamorado desde hace una semana entera; no, en realidad, desde que madame de Ferol se marchó de Londres.

—¿Cómo podrán los hombres enamorarse de esa mujer? —exclamó la vieja señora—. Realmente no puedo comprenderlo.

—Eso es sencillamente porque le recuerda a usted su niñez, lady Narborough —dijo lord Henry— Ella es el único eslabón entre nosotros y los trajes de corto de usted.

—No me recuerda para nada mis trajes de corto, lord Henry. Pero la recuerdo muy bien a ella en Viena, hace treinta años, y ¡qué *decolletée* estaba entonces!

—Y sigue aún *decolletée* —respondió él, cogiendo una aceituna con sus largos dedos.

Y cuando se arregla con toda elegancia, parece una *édition de luxe* de una mala novela francesa. Su capacidad afectiva familiar es extraordinaria. Cuando su tercer marido falleció, su pelo se volvió completamente dorado de pena.

(...)

—Todas las personas que conozco dicen que es usted muy perverso —exclamó la vieja señora, moviendo la cabeza.

Lord Henry pareció quedarse serio durante unos momentos.

12. A. de Saint-Exupéry, *El principito* (Madrid: Alianza, 1988).

13. H. Kaplan and B. Sadock, *Synopsis of Psychiatry*. (Baltimore: William & Wilkins, 1998).

—Es verdaderamente monstruosa —dijo al fin— la costumbre que tiene la gente, hoy día, de decir cosas contra uno, y a su espalda, que son absoluta y enteramente ciertas.¹⁴

El origen del pensamiento no patológico puede ser normal o mágico.

Origen normal: produce el pensamiento lógico y simbólico del adulto normal. Nuestro conocimiento del mundo y de nosotros mismos se expresa a través de las *ideas*, y las ideas se constituyen desde una *vivencia de la realidad* que se traduce en un *juicio de realidad*¹⁵. Desde este juicio de realidad construimos las ideas normales. Es decir, si la vivencia de realidad es correcta, nuestro juicio de la realidad será adecuado y conformaremos un conjunto ideativo normal.

Origen mágico: desde el punto de vista evolutivo la ideación mágica representa una etapa intermedia desde el *pensamiento concreto* hasta el *pensamiento abstracto* o *simbólico*. El pensamiento mágico se corresponde con el pensamiento fantástico del niño, o el pensamiento dominante en condiciones culturales ubicadas en un contexto específico y compartido comunicativamente por otros de la misma cultura.

Las *ideas mágicas* se sustentan en una base incierta, en relación con hechos que pueden ser o no reales, siempre y cuando tal tipo de pensamiento sea compartido comunicativamente por otros. Se limitan a considerar las *semejanzas externas* o *apariencias formales* de acuerdo con los siguientes principios de que “cuando dos cosas son parecidas o presentan caracteres similares, se las considera como dotadas de las mismas propiedades”, y “la proximidad de dos objetos, aun cuando sean totalmente diferentes, determina que se los considere recíprocamente influenciados, adquiriendo uno las propiedades del otro, y viceversa”.

Creía el primitivo que si clavaba una flecha en el antilope que pintaba, el antilope verdadero estaba condenado a ser blanco de las flechas reales.

(...)

Si alguien se pone la piel de un león, se adquiere la fuerza y el valor de dicho animal.

(...)

14. O. Wilde, “El retrato de Dorian Gray”, en *Obras completas* (Madrid: Aguilar, 1975).

15. R. Capponi, *Psicopatología y semiología psiquiátricas* (Santiago de Chile: Universitaria, 1987).

Una prenda de vestir que haya estado en contacto con un león, además de servir como prenda de abrigo, estará cargada de magia de león.¹⁶

No siempre es anormal ni tiene connotación psicopatológica, pero es una variante a tener en cuenta, en la medida en que conjuga características de los procesos primario y secundario del pensamiento (ciertas creencias de poblaciones indígenas, el mal de ojo, el tocar madera para evitar ciertas consecuencias de un hecho, el influjo de los eclipses sobre el destino inmediato, etc.) y debe ser siempre evaluado en un contexto específico.

Comenzaron a arrojar piedras a los acompañantes de Cástor y la situación se tornó peligrosa. Pero un azar afortunado modificó el aspecto de las cosas. Hubo un eclipse de luna esa noche, cosa que afectó al ejército –todos los soldados son supersticiosos– en forma sorprendente. Tomaron el eclipse como un signo de que el Cielo estaba enojado con ellos por el asesinato del Viejo Dame Otra y por su desafío a la autoridad. (...) Por la mañana había un ambiente muy distinto en el campamento, y Cástor, si bien consintió en enviar otra vez al hijo del general con las mismas demandas a Tiberio, endosadas por él mismo, arrestó a los dos hombres que parecían haber iniciado el motín, y los ejecutó públicamente. Los demás no protestaron, e incluso entregaron voluntariamente a los cinco asesinos del capitán, como prueba de fidelidad, pero siguieron negándose con firmeza a concurrir a los desfiles o a hacer nada que no fuesen las tareas más necesarias hasta que llegase la respuesta de Roma. Cambió el tiempo, y una lluvia incesante inundó el campamento e hizo imposible que los hombres se comunicaran de tienda a tienda. Eso fue entendido como una nueva advertencia del Cielo, y antes de que el mensajero tuviese tiempo de regresar, el motín había terminado, y los regimientos marchaban, obedientes, a sus cuarteles de invierno, al mando de sus oficiales.¹⁷

Germánico no solo creía en la suerte o en la desgracia de ciertos días sino que además había tejido toda una red de supersticiones. El número diecisiete y el canto de los gallos a medianoche eran las dos cosas que más lo deprimían. (...) y siempre dormía con un talismán bajo la almohada. Era una figura de jaspe verde, de la diosa Hécate (la única que tiene poder sobre brujas y fantasmas), representada con una antorcha en una mano, y las llaves del Mundo Inferior en la otra.

16. J. Vallejo *et al.*, *Introducción a la psicopatología y psiquiatría* (Barcelona: Toray-Masson, 1998).

17. R. Graves, *Yo, Claudio* (Madrid: Alianza Editorial S.A., 1988).

Sospechando que Plancia practicaba brujerías contra él —porque tenía reputación de ser una hechicera—, hizo una ofrenda propiciatoria a Hécate, de nueve cachorros negros de perro, cosa que es lo conveniente cuando se es víctima de una influencia maléfica. Al día siguiente un esclavo le informó, aterrorizado, de que cuando lavaba el piso del vestíbulo había visto una baldosa floja y al levantarla encontró debajo lo que parecía ser el cadáver desnudo y corrompido de un niño, con el vientre pintado de rojo y cuernos atados a la frente. Se hizo un registro inmediato en todas las habitaciones y se efectuaron hallazgos similarmente horribles bajo las baldosas o en nichos cavados detrás de las paredes. Entre ellos estaba el cadáver de un gato con alas rudimentarias saliendo del lomo, y la cabeza de un negro con una mano de niño asomándole de la boca. Con cada una de esas reliquias había una tableta de plomo en la que figuraba el nombre de Germánico. La casa fue ritualmente purificada, y Germánico comenzó a sentirse más alegre.

(...)

Poco después empezaron a aparecer otras cosas en la casa. Plumas de gallo empapadas en sangre fueron encontradas entre los almohadones, y signos nefastos aparecían garrapeados en las paredes, con carbón, a veces muy abajo, como si los hubiese escrito un enano, y a veces muy arriba, como si los hubiese escrito un gigante: un hombre ahorcado, la palabra Roma patas arriba, una comadreja. Y aunque solo Agripina estaba enterada de su superstición al número diecisiete, este número aparecía constantemente. Luego apareció el nombre Germánico, escrito al revés y abreviado todos los días en una letra más (...) y para ese continuado acoso no había explicación alguna. No se sospechaba de los sirvientes, porque las palabras y los signos eran escritos en habitaciones a las cuales no tenían acceso, y en una habitación cerrada con llave, con una ventana demasiado estrecha como para que un hombre pasara por ella, hallaron cubiertas las paredes desde el piso hasta el techo.

(...)

Germánico tuvo que volver a guardar cama. En la medianoche siguiente al día en que solo quedaban tres letras de su nombre, Germánico fue despertado por el canto de un gallo. Débil como estaba, saltó de la cama, tomó la espada y corrió a la habitación vecina, donde dormían Calígula y la pequeña Lesbia. Allí vio un gallo enorme, con un anillo de oro en torno al cuello, cantando como para despertar a los muertos. Trató de decapitarlo, pero salió volando por la ventana. Germánico cayó desmayado. Agripina consiguió llevarlo de vuelta a la cama, pero cuando recobró la conciencia le dijo que estaba condenado.

—Mientras tengas a tu Hécate contigo, no —le replicó ella—.

Germánico buscó el talismán bajo la almohada y le volvieron las fuerzas.

(...)

Mi pobre hermano se sentía más débil a cada hora que pasaba. Al día siguiente, mientras Agripina se encontraba fuera de la habitación y él se encontraba insensible, sintió un movimiento debajo de la almohada. Se volvió de costado y buscó, aterrorizado, el amuleto. Había desaparecido, y en la habitación no se veía a nadie.

(...)

Murió el nueve de octubre, el día en que una sola letra G apareció en la pared de su habitación, frente a su cama, y al decimoséptimo día de su enfermedad.¹⁸

Psicopatología

Trastornos del origen del pensamiento

- *Pensamiento autístico*: si la vivencia de realidad se perturba, nuestro juicio de la realidad será errado y las ideas que construyamos a partir de ese juicio serán anómalas. Tal es el caso del *pensamiento ilógico o autístico*, en el que el sujeto va deteriorando su capacidad comunicativa en la medida en que empieza a perder los significados, tornándose en un pensamiento enigmático y sin sentido aparente, por lo que lentamente tiene que recurrir a significados subjetivos y propios que solo él logra entender.

Para Bleuler es “el alejamiento de la realidad exterior acompañado por un predominio absoluto o relativo de la vida interior” consecuencia de la disociación de la vida psíquica.

Para Janet es “la pérdida del sentido de la realidad”, en la que el autista pasa a tomar “su mundo fantástico por real, y la realidad por una ilusión” y en la que el pensamiento del autista “está dirigido por las necesidades afectivas, y el paciente piensa mediante símbolos, analogías y conceptos fragmentarios y nexos accidentales” en la “forma más ilógica”.

18. R. Graves, *Ibidem*.

Debe distinguirse del *disturbio autístico de contacto afectivo* o *autismo infantil*, descrito por Leo Kanner¹⁹.

- *Pensamiento concreto*: cuando se pierde la capacidad de simbolizar. Es el pensamiento literal o unidimensional, en el que no se captan matices de metáfora ni elemento abstracto.

Uno cae al suelo y deja de respirar. El otro, desesperado trata de buscarle el pulso pero no siente nada. Entonces marca el número de Emergencias.

—Un amigo se acaba de morir, ¿qué hago?

—Cálmese, por favor, —contesta la operadora— estoy aquí para ayudarlo, pero primero quiero que se asegure que está muerto.

Tras una pausa se oye un disparo, y luego dice el hombre:

—¡Ya está! ¡Ahora, qué hago?

Con el fracaso en la comunicación propias del pensamiento autístico y del concreto, se empieza a desadaptar la conducta, el sujeto comienza a aislarse y a recurrir a formas cada vez más subjetivas e individuales de expresión que le permiten, en parte, establecer un código peculiar de significados creados por él pero que están fuera del alcance de la comprensión de los demás.

Trastornos del contenido del pensamiento

Los contenidos del pensamiento son las ideas que este produce. Sus trastornos se corresponden con las:

- *Ideas fijas*: trastorno del contenido del pensamiento por el cual ideas reiteradas en forma persistente parasitan el flujo normal del pensamiento, y aunque dominan gran parte de la actividad consciente, no desadaptan ni modifican significativamente la personalidad.

“Capítulo primero”

Una idea, una única idea, le había martillado la mente durante toda su vida: ser escritor. La lucha por subsistir lo arrastró a otros oficios. Pero finalmente el gran momento había llegado. Tembló su mano de emoción al escribir:

“Capítulo primero”

Una idea, una única idea, le había martillado la mente durante toda su vida: ser escritor. La lucha por subsistir lo arrastró a otros oficios. Pero finalmente el gran momento había llegado. Tembló su mano de emoción al escribir:

“Capítulo primero”

19. G. Mesibov et al., *Autism Understanding the Disorder* (New York: Plenum Press, 1997).

Una idea, una única idea, le había martillado la mente durante toda su vida: ser escritor. La lucha por subsistir lo arrastró a otros oficios. Pero finalmente el gran momento había llegado. Tembló su mano de emoción al escribir:²⁰

- Ideas sobrevaloradas: trastorno del contenido del pensamiento por el cual se da una alta carga afectiva a ideas que aparecen más importantes de lo que objetivamente son. Suelen ser problemas de *insight*, por lo que Wernike (1900) las señaló como “convicciones comprensibles”.

Papá anda buscando otra vez empleo y a veces vuelve a casa oliendo a whisky, cantando las canciones de la sufrida Irlanda. Mamá se enoja y dice que Irlanda puede besarle el culo. Él dice que ese si es bonito modo de hablar frente a los niños y ella dice que no importa la manera de hablar, que comida en la mesa es lo que ella quiere y no la sufrida Irlanda.

(...)

Hasta que es tarde y papá trepa por la escalera cantando Roddy McCorley. Empuja la puerta y nos llama: ¿Dónde están mis soldados?

¿Dónde están mis guerreros?

Mamá dice: Deja en paz a los niños. Se acostaron hambrientos. Él se arrima a la puerta del cuarto. Upa, niños, arriba. Un centavo a todo el que prometa morir por Irlanda. Upa, niños, arriba. Francis, Malachy, Oliver, Eugene. Los Caballeros de la Rama Roja, los Guerreros Fenianos, el IRA. Upa, upa.

Mamá está en la mesa de la cocina, retemblando, el pelo suelto y húmedo, la cara mojada. ¿No los puedes dejar en paz?, dice. Se dirige a nosotros. Vuelvan a la cama, dice.

Quiero que se levanten, dice él. Quiero que estén listos para el día en que Irlanda sea libre desde el centro hasta el mar.

(...)

Dos días después regresa papá de su expedición en busca de cigarrillos. Es media noche pero nos saca a Malachy y a mí de la cama. Nos pone en posición de firmes en la cocina. Somos soldados. Nos hace prometer que moriremos por Irlanda.

Sí, papá, sí.

Cantamos todos juntos Kevin Barry.

Golpean a la puerta, es mister McAdorey: Malachy, por el amor de Dios, son las tres de la mañana. Tienes despierto a todo el edificio con la cantadera.

20. Texto de una caricatura de Quino, tomado de un periódico.

Solo les enseño a los niños a morir por Irlanda.
Les puedes enseñar a morir por Irlanda de día, Malachy.
Es urgente, Dan, es urgente.
Lo sé, Malachy, pero son solo niños. Unos bebés. Y ahora vete a la cama como un hombre decente.
Morir por Irlanda, ¿verdad, muchachos?
Sí, papá.²¹

- *Ideas obsesivas* (del latín *obsidere*: asediar, cercar): son un trastorno del contenido del pensamiento por el cual ideas, imágenes o impulsos re-incidenten y persisten en el campo de conciencia, a pesar de la voluntad o deseo del sujeto de retirarlas del mismo.

El sujeto reconoce tales ideas, imágenes o impulsos como absurdos y critica además su persistencia y repetición constantes.

Por esta reincidencia y por lo absurdo de su persistencia y penetrancia, así como en su tendencia a una repetición constante y uniforme —y no solo por lo ilógico de las ideas— se genera una marcada *angustia*, pues se interfiere obstructivamente el curso natural del pensar.

Esta angustia obliga al sujeto a intentar retirarlas de su campo de conciencia, frente a lo cual fracasa sistemáticamente, por lo que se ve obligado a intentar neutralizarlas a través de determinados impulsos a realizar actos muy específicos de carácter imperativo, cuya realización también escapa a su control voluntario. Esta es la *actuación compulsiva que suele acompañar a las ideas obsesivas*.

El acto, los ritos o conductas repetitivas alivian temporalmente la angustia, aun cuando también sean en sí mismos absurdos (ir repetidamente a comprobar si está apagada la luz o el gas, si la puerta está bien cerrada, impulsos a contar o a calcular, a decir ridiculeces en reuniones serias). Estos actos, cargados de alto valor simbólico e inconsciente, son los llamados *rituales compulsivos*. Es decir, la *idea obsesiva*, con la angustia que genera, intenta ser neutralizada a través del *acto compulsivo*, el cual es llevado a cabo en forma exactamente predeterminada, con cierta frecuencia de repetición (ritual compulsivo) y es vivido con un carácter mágico que anularía o defendería

21. F. McCourt, *Las cenizas de Ángela* (Bogotá: Editorial Norma, 1997).

de lo temido. Hay compulsiones a la bebida, comida, juego, sexo, trabajo, Internet, etc.

Pueden surgir obsesiones en las esferas correspondientes al pensamiento, en los impulsos a actuar y en los impulsos a evitar.

Mi rito para acostarme era muy largo y minucioso. Todo en mi pieza debía colocarse en cierto orden determinado –la puerta entreabierta hasta cierto ángulo, mis calcetines exactamente dispuestos en cierto sitio del sillón, siempre el mismo–. La menor infracción de tales ceremonias me obligaba a levantarme de la cama para rectificarla, aunque me fuera sumamente desagradable y hubiera de levantarme varias veces.²²

La presencia de las ideas obsesivas conduce, por tanto, a cambios comportamentales, en los que la necesidad de control se convierte en la razón de ser de la vida del sujeto, que tiene que zonificar o compartimentalizar su vida en áreas pequeñas que pueda controlar para no exponerse a la angustia que genera la pérdida de control, con lo cual limita su vida, sus potencialidades creativas y la capacidad de disfrute de la misma. Se torna dubitativo, desconfiado, temeroso, meticuloso y, sobre todo, angustiado. Es el síntoma principal de la neurosis obsesiva.

De acuerdo al componente dominante, las obsesiones de *simetría y perfeccionismo* se suelen asociar con actuaciones compulsivas de *acumulación de objetos*, o de *mantenimiento estricto del orden*, y presentan comorbilidad con *tics complejos*; las obsesiones en las que lo dominante son las *dudas* y la *contaminación*, los rituales se asocian con *verificación* y *limpieza*, y la comorbilidad con *fobias* y *ansiedad*. Si lo predominante de la obsesión es el elemento *cognitivo*, las obsesiones habitualmente se relacionan con *contenidos ideativos sexuales, religiosos* o *agresivos*, y la comorbilidad asociada lo será con la *personalidad obsesiva*²³.

De sus experiencias había deducido que los goces sexuales menos conflictuados los lograba con prostitutas, a las que evitaba ver por segunda vez. Prefería en ellas la actitud desconfiada que adoptaban en una primera cita, mientras que le repugnaba la aceptación lasciva que expresaban en un reencuentro. Pero este sistema presentaba dos inconvenientes, era caro y llevaba tiempo

22. S. Dalí, *Vida secreta de Salvador Dalí* (Barcelona: Editorial Antártida, 1993).

23. F. Romero-Nieva, "Obsesiones y compulsiones", en *Revista Informaciones Psiquiátricas*, 189: 315-344 (2007. Publicaciones científicas. Hermanas Hospitalarias del SCJ).

encontrar constantemente caras nuevas. Por ello, Leo trató de reducir los encuentros a uno semanal.

En una primera etapa buscó mujeres los sábados, pero pronto descubrió que ese día estaban más solicitadas y los precios por ende, subían. Los miércoles era más fácil, las encontraba y las llevaba tarde a su cuarto, y además era un modo de dividir la semana laboral en dos partes. Pero esos siete días tardaban en pasar, a la noche no podía dormir, erecciones implacables lo mantenían insomne hasta que su orgullo cedía y se masturbaba, cosa que según él solo le estaba permitida a un adolescente. Trató de evitar el hábito, y para ello comenzó a anotar en una libreta sus masturbaciones. Se propuso pasar dos noches entre una eyaculación y otra, pero no pudo. Se conformó en caer en la tentación día de por medio –viernes, domingo y martes–, aunque detestaba el efecto posterior, pues a la mañana siguiente le atacaban indefectiblemente dolor de cabeza y depresión. Los domingos se quedaba en su cuarto y comenzaba la masturbación ya al despertarse, pero cuando sentía el orgasmo muy próximo, interrumpía la acción e iba a almorzar a la calle, después volvía y retomaba el acto, alargándolo hasta las cuatro o cinco de la tarde: lo importante era eyacular una sola vez, porque dos veces le producía jaquecas decididamente insoportables.²⁴

- *Ideas fóbicas*: trastorno del contenido del pensamiento por el cual ideas asociadas a temores irracionales, que generan marcada angustia y limitan aspectos de la vida cotidiana, obligan al individuo a evitar o desplazar ciertos objetos o situaciones que inconsciente y simbólicamente le representan conflicto emocional no resuelto.

En las fobias la disposición al temor está presente ya antes de la aparición de lo temido. “El hombre que teme a las serpientes, fieras, tempestades, catástrofes, no queda libre del temor a la vista de la falta real del peligro. Se atemoriza siempre de las serpientes, tanto si las encuentra en su habitación como si las ve en la pantalla del cine, o dibujadas en un libro; tanto si se las imagina solamente como si las ve ante sus ojos, es más, sueña con ellas”²⁵. En últimas, se tiende a reemplazar la angustia de un conflicto inconsciente e interno por el

24. M. Puig, *The Buenos Aires Affair* (Barcelona: Seix Barral, 1977).

25. G. Condrau, *Angustia y culpa* (Madrid: Gredos, 1968).

miedo de un peligro externo²⁶, y por tanto, por proyección afuera, más fácilmente controlable.

Aquí también la angustia que genera la idea produce cambios de conducta y actitudes de temor, evitación, huida o inhibición. Es la temática principal de la neurosis fóbica. Moviliza mecanismos de defensa como *simbolización*, *proyección*, *desplazamiento* y *evitación* principalmente.

Ey distingue los temas fóbicos de las conductas fóbicas:

- Temas fóbicos: temores infundados a salir solo, a los espacios abiertos o *agorafobia*, a los espacios cerrados o *claustrofobia*, a la oscuridad o a la noche o *nictofobia*, a las muchedumbres, a los ratones, a hablar en público o exponerse a la mirada o *fobia social*, al enrojecimiento facial o *eritrofobia* a la sangre o *hematofobia*, a tener miedo al miedo o *fobofobia* etc. Freud observa que toda la serie de fobias “con su ostentosa nomenclatura griega, suena como la enumeración de las diez plagas de Egipto, solo que su número las sobrepasa en mucho”.

Durante cinco o seis días había notado, mientras estaba en el limpiísimo retrete, un gran trozo de moco nasal pegado a la pared de mayólica cerca del sitio en el que me sentaba. Me causaba gran repugnancia, por más que me esforzaba en no verlo y mirar a otra parte. Pero día tras día la personalidad de ese trozo de moco se hacía más y más imposible de ignorar. Se adhería a la mayólica blanca con tal exhibicionismo, con tal coquetería, podría decirse, que era imposible no verlo y aún no mirarlo constantemente. Parecía un trozo de moco bien limpio, de un gris perla muy bello, algo verdoso, más oscuro hacia el centro. Este moco terminaba en una punta harto aguda y se destacaba de la pared con un gesto que reclamaba estridentemente, con el trompeteo de su insignificancia, un acto de intervención. Parecía decirme: “No tienes que hacer más que tocarme y cederé y caeré al suelo: esto pondrá término a tu repugnancia”.

Pero, armándome de paciencia, yo me levantaba nerviosamente de mi asiento sin tocar la intacta virginidad del moco, y salía dando un portazo en un acceso de rencor y de despecho.

Un día no pude aguantarlo más y decidí terminar de una vez por todas con la obsesionante presencia de ese anónimo trozo de moco, que con su asquerosa presencia echaba a perder cada vez más la satisfacción que yo sacaba de mis

26. H. Ey, *La conciencia* (Madrid: Gredos, 1967).

evacuaciones personales. Haciendo de tripas corazón, decidí final e irrevocablemente limpiar la pared de aquel moco. Para efectuarlo, envolví el índice de mi mano derecha en papel higiénico y, cerrando los ojos y mordiendo furiosamente mi labio inferior, con un gesto de salvaje violencia en el que puse toda la fuerza de mi alma exacerbada por la repugnancia, arranqué el moco de la pared.

Pero, contra lo que esperaba, aquel moco era tan duro, como una aguja de acero templado, y como una aguja penetró entre la uña y la carne de mi índice ¡hasta el mismo hueso! Casi inmediatamente mi mano se empapó en sangre y un dolor violento y quemante hizo asomar las lágrimas a mis ojos. Volví a mi cuarto para desinfectar mi dedo herido; pero lo peor fue que la parte inferior y puntiaguda del moco quedó dentro de mi uña, tan hondamente clavada que no hallaba manera de extraerla. El agudo dolor inicial fue desvaneciéndose, pero pronto fue reemplazado por el sub-sub-sub-rítmico latir ¡que yo reconocí como la pérfida y característica música de la infección! Una vez atajada la sangre, bajé al comedor, pálido como un muerto, y expliqué el asunto al camarero principal, quien estaba siempre tratando de entablar conversación conmigo, lo que yo habitualmente evitaba con un tono de voz seco y desagradable que no admitía otra respuesta que el silencio. Ese día, en cambio, mi cobardía me volvió tan humano y comunicativo, que él aprovechó la ocasión para verterse con toda su almacenada efusión. Examinó atentamente mi dedo.

—¡No lo toque! —exclamé—. Mírelo sin tocarlo. ¿Qué le parece? ¿Es grave? —Parece haber profundizado mucho, pero todo depende de lo que sea... una astilla, una aguja... ¿Qué es?

No contesté. No podía decirle la horrible verdad. No podía decirle:

“¡Esta cosa negruzca que ha punzado el índice de mi mano derecha es moco seco!”
No, no lo habría creído nadie. Esas cosas solo le suceden a Dalí. ¿Para qué servirían las explicaciones, cuando la realidad era la de una mano purpúrea que ya empezaba claramente a hincharse? Toda la mano del pintor Dalí, que habría que amputar, infectada por un trozo de moco —si realmente no me devoraba por entero— después de reducirme a la nada entre las espasmódicas convulsiones del tétano.

Subí a mi pieza y me tendí en la cama, listo para cualquier martirio. Pasé unas de las horas más negras y siniestras de toda mi vida. Ninguna de las torturas de la guerra civil podían compararse en intensidad con el tormento imaginativo que sufrí durante aquella terrible tarde alpina. Sentía pesar la muerte en mi mano como dos ignominiosos kilos de gusanos gesticulantes. Imaginaba a

mi mano ya separada de mi cuerpo, víctima de los primeros amarillentos síntomas de la descomposición.

¿Qué harían con mi cortada mano? ¿La enterrarían? ¿Hay ataúdes para manos? Sería necesario enterrarla, pues tenía ya aquel “asqueroso aspecto” de los cadáveres en avanzado estado de descomposición, mirados con demasiada frecuencia “por última vez” de modo que ni aún los más amantes y próximos al difunto tienen otro pensamiento que el de esconderlo con horror pues ¡ya no es él! ¡Empieza a asustar! ¡Amenaza con empezar a moverse! ¡Es insoportable mirarlo!

(...)

Llevé mi mano a mi boca, y era peor que si, en el mismo sitio, alguien hubiese aplastado el cuerpo de una monstruosamente pesada langosta sin cabeza.

Me levanté frenético de sufrimiento moral, empapado en un sudor de agonía, y me precipité al retrete donde caí de rodillas para examinar el resto del moco que aún debía de estar allí. Lo encontré y lo examiné minuciosamente. ¡No! ¡No era moco! Era simplemente una gota de cola que debió de caer allí y quedar adherida a la mayólica al remozar los pintores el techo del retrete. En cuanto esto estuvo aclarado, desapareció mi terror, extraje el pincho de cola endurecido que había quedado dentro de mi uña, con aquel extraño vértigo, atento y voluptuoso, que había sido magistralmente immortalizado en la famosa escultura del Niño sacando un pincho de su pie. En cuanto hube extraído de mi dedo el resto de “falso moco” caí inmediatamente en un bendito y pesado sueño.²⁷

- Conductas fóbicas: de evitación (salir a la calle, evitación del número 13) y de tranquilización (llegar a casa, tocar madera).

Ella (Gala) cree en mi madera –un trozo de madera que encontré al empezar nuestras relaciones entre las rocas del cabo de Creus, en circunstancias extraordinarias–. Desde entonces no hemos abandonado nunca este “puro fetiche daliniano”, aunque lo hemos perdido varias veces. Una vez lo perdimos en Londres, en Covent Garden, y lo volvimos a encontrar al día siguiente. Otra vez lo habían sacado con las sábanas. Fue preciso examinar minuciosamente toda la ropa blanca del hotel St. Moritz, pero finalmente lo hallamos. Cuando me ataca la idea de que debo ir a tocarlo, no puedo resistir a ella. En este momento me veo forzado a levantarme para ir a tocarlo...

27. S. Dalí, *op. cit.*

¡Vaya! Acabo de tocarlo y, con esto, mi ansiedad, que de otro modo habría crecido angustiosamente, se ha calmado.²⁸

- *Ideas delirantes:*

La idea *delirante primaria* es un trastorno del contenido del pensamiento, de origen siempre patológico, de contenido *erróneo*, que no se puede modificar por la experiencia, el aprendizaje o el castigo, y que para el paciente adquiere la certeza íntima de verdad absoluta; es esta validez subjetiva de su idea lo que la hace inmodificable y lo que hace que se la defienda emocionalmente de manera irreductible, a partir de lo cual se modifica la personalidad, y es por eso que esta idea se convierte en lo que se ha llamado el *eje directriz de la existencia del delirante*.

En síntesis, es una idea patológica, errónea o absurda, inmodificable e incorregible, que no permite crítica de realidad y que modifica la personalidad previa del paciente que la defiende emocionalmente. Es la típica idea que se forma desde un trastorno del *juicio de realidad*.

Hay que anotar que hay *errores del pensamiento* que no son patológicos, en la medida en que se pueden confrontar y corregir, y porque no modifican la personalidad ni la vida del sujeto.

Por otra parte, hay ideas delirantes cuyo contenido puede no ser absurdo, o incluso ser en apariencia formal lógico, pero por el *origen patológico* conllevan modificaciones de la personalidad y desadaptación del individuo. *Lo que define a la idea delirante no es solamente el error o lo absurdo del contenido, sino la inmodificabilidad e incorregibilidad de la idea, y la irreversibilidad del proceso de origen patológico que conlleva a desadaptación y que de ahí en adelante arrastra a un mal funcionamiento global (y solo en ocasiones parcial) del psiquismo.*

A la idea delirante habitualmente no se llega en forma súbita. Generalmente, hay un proceso gradual en el cual el paciente percibe una serie de cambios que él no puede explicar y que le causan extrañeza, por lo que empieza a tornarse más sensible a cualquier cambio externo, muy desconfiado y suspicaz a cualquier modificación en el entorno.

Unos días después la invitó a un banquete. Solía invitar con frecuencia a cenar a personas de quienes desconfiaba en especial, y las contemplaba durante toda

28. S. Dalí, *ibidem*.

la comida como si quisiera leerles los pensamientos más secretos, cosa que debilitaba la confianza de casi todos. Si se mostraban alarmados, él tomaba la alarma como una prueba de culpabilidad. Si le sostenían la mirada, la consideraba una prueba de culpabilidad aún más grande, y además, de insolencia. En una ocasión, Agripina, todavía enferma, no pudo comer sin sentir náuseas, nada salvo los alimentos más livianos; continuamente observada por Tiberio, pasó un rato espantoso.

(...)

Fingió comer, pero Tiberio, que la vigilaba con atención, la vio dejar intacto plato tras plato. Pensó que sospechaba que quería envenenarla, y para probarlo eligió con cuidado una manzana de una fuente que tenía ante sí y dijo: —Mi querida Agripina, no has comido gran cosa. Hace tres años el Rey de Partia me regaló unos arbolitos muy jóvenes, y esta es la primera vez que dan frutos.

Ahora bien, casi todos tenemos un “enemigo natural” si puedo decirlo así. Para algunas personas la miel es un enemigo violento. Otros enferman con solo tocar un caballo o entrar en un establo, o incluso en acostarse en un diván relleno de crin. Otros son afectados por la presencia de un gato, y al entrar en una habitación dicen a veces:

—Perdón, aquí ha estado un gato, tendré que retirarme —Yo mismo siento una terrible repugnancia por el olor del espino blanco en flor. El enemigo natural de Agripina era la manzana. Aceptó el regalo de Tiberio y se lo agradeció, pero con un estremecimiento mal disimulado, y le dijo que se la guardaría, si podía, para comerla en su casa.

—Un solo bocado ahora, para que veas qué buena es.

—Por favor, perdóname, pero de veras no podría.

Entregó la manzana a un sirviente y le ordenó que se la envolviera con cuidado en una servilleta.²⁹

El *humor delirante* (Hagen), la *esquizoforia* (López Ibor) y el *trema* (Conrad) suelen preceder la aparición del delirio, es decir, primero se modifica el estado de ánimo y después aparece el fenómeno delirante claramente identificable.

La percepción de estos cambios inexplicables (que aunque surgen de dentro del sujeto, defensivamente se ubican en el espacio exterior) generan

29. R. Graves, *op. cit.*

una marcada *angustia*, principalmente en las fases iniciales de la psicosis antes de que emerjan con claridad los síntomas secundarios (como el delirio o las alucinaciones), los cuales, en este contexto, parecen servir al paciente para disminuir la gran angustia de comienzos del proceso; de ahí que al final del desarrollo delirante casi no se perciba angustia.

En su conjunto, esta serie de cambios en la percepción de sí mismo y del entorno se denominan *modalidad cognitiva esquizofreniforme*³⁰, explicada básicamente por un funcionamiento deficitario de las funciones “filtro”, con la consiguiente inundación de estímulos que conllevan a una dificultad cognitiva severa, expresada por los pacientes como:

Todo parece ir a través de mí.

(...)

Trato de leer un solo párrafo de un libro, pero no terminaría nunca porque a cada pequeño fragmento que leo empiezo a pensar enseguida en diez direcciones distintas.

(...)

Ud. puede pensar en algo, digamos en un cenicero y pensar solo que sirve para depositar el cigarrillo, pero cuando yo pienso en él, se me ocurren de inmediato una docena de cosas diferentes relacionadas al mismo tiempo con el cenicero (...) y en consecuencia, de hecho, no atiendo a nada (...) cuando la gente habla, tengo que pensar en lo que las palabras significan.

(...)

Si hay tres o cuatro personas hablando soy incapaz de comprender lo que dicen. Si es únicamente una persona la que está hablando, no va tan mal, pero si otras la acompañan, entonces no entiendo nada en absoluto. Si se meten frases largas entonces es cuando pierdo el significado.

(...)

Tengo que juntar las cosas en mi cabeza. Si miro mi reloj, veo el reloj, la correa, las manos, y así sucesivamente.

(...)

Si voy a sentarme, tengo que pensar en mí mismo, y verme casi sentado antes de hacerlo. Todo esto hace que me mueva con dificultad. Prefiero pensar los movimientos primero, antes de hacer nada, entonces me levanto y lo hago. Ahora nada es automático. Hay que tenerlo en cuenta todo.

(...)

30. Th. Detre y H. Jarecki, *Terapéutica psiquiátrica* (Barcelona: Salvat, 1976).

Cuando estoy hablando con alguien, basta que cruce sus piernas o se rasque la cabeza, para que me distraiga y olvide lo que estaba diciendo.³¹

En ocasiones el individuo, con base en realidades o verdades parciales, hace toda una configuración delirante o *interpretación delirante de la realidad*.

—También deberíais aprender, Marco, a mirar con ojos conocedores a las bailarinas nach y a comparar su belleza, para enamoraros solo de la más bella. Podríais hacerlo mejor comparándolas mentalmente con lo que habéis visto de mí; pues yo cumplo con todos los cánones de belleza en una mujer hindú, que son los siguientes: las tres y las cinco, cinco, cinco. Lo cual significa en su debido orden que una mujer debería tener tres cosas profundas: su voz, su entendimiento y su ombligo. Ahora bien, yo no soy, por supuesto, tan habladora como la mayoría de chicas atolondradas que no han alcanzado aún la dignidad y la reserva. Respecto a mi ombligo... —bajó la cinturilla de su sari y de ahí salió una protuberancia de carne marrón oscuro—. Mirad. Podríais esconder vuestro corazón en este profundo ombligo, ¿no es cierto? —extrajo con los dedos una vieja y enmarañada pelusa que ya se había escondido allí y continuó diciendo: Luego hay cinco cosas que deben ser finas y delicadas: la piel, su cabello, sus dedos de la mano, los del pie y sus articulaciones. Luego están las cinco cosas que deben tener un saludable brillante color rosa: las palmas de las manos, las plantas de los pies, la lengua, las uñas y el rabillo de los ojos (...) Finalmente hay cinco cosas que deben tener una curvatura pronunciada: los ojos de una mujer, su nariz, sus orejas, su cuello y sus pechos. Ya habéis visto y admirado en mí todas estas partes excepto mis senos. Miradme ahora —se desató la parte superior de su sari y desnudó unos pechos en forma de almohada de color marrón oscuro. Están en efecto muy arqueados y juntos el uno al otro: no hay espacio entre ellos. Son los pechos hindúes ideales. Si introducís una hoja de papel en esa estrecha hendidura, se quedará allí. Y respecto a meter en ella vuestra lingua, bueno, ni siquiera se considera, pero imaginad la sensación que produciría en vuestro miembro este estrecho, blando y cálido envoltorio. Y fijaos en los pezones, son como pulgares (...) Estas exquisitas areolas son naturales, y me las dio Vishnu el Preservador. Y no fue casual que mis nobles padres me llamaran Don de los Dioses. Yo florecí a los ocho años, y a los diez era una mujer, y a los doce una mujer casada. Ah, mirad cómo se dilatan los pezones, se debaten y se yerguen, aunque solo los toque vuestra devoradora

31. Th. Detre y H. Jarecki, *ibidem*.

mirada. Imaginaos cómo deben reaccionar cuando realmente los toquen y acaricien. Pero no, no, Marco, ni soñéis en tocarlos.³²

En toda *vivencia delirante* pueden darse tres posibilidades³³:

- Una *percepción delirante*: una percepción real, que sin motivo alguno adquiere de repente un significado anormal, por lo común autorreferencial.
- Una *representación delirante*: o una *ocurrencia delirante*, en la que sin necesidad alguna de percepción los recuerdos adquieren nueva significación.
- Unas *cogniciones delirantes*: o conocimiento de hechos sin experiencia sensible previa, ya sea percepción, ya sea recuerdo.

Jaspers señaló que el delirio expresado está precedido por la experiencia que llamó *diffuse Wahnstimmung*, experiencia indescriptible, sombría, cargada de ansiedad, llena de *Ahnung* o presentimiento de desastre inminente, amenaza personal, plena de conciencia de cosas ignoradas, indefinibles y caóticas. El enfermo no sabe lo que le amenaza, pero sí que algo horroroso se esconde detrás de todo; cuando esta disposición cristaliza en un delirio expresado en palabras hay una cierta distensión³⁴. Clerambault describió el *síndrome de automatismo mental* como el conjunto de fenómenos psicopatológicos que entrañan la convicción delirante de que la propia actividad psíquica se vivencia como ajena, como extraña, o como controlada desde fuera (xenopatía), y que tal control dirige sus actos, sus pensamientos y sus percepciones. Generalmente, sus componentes son *robo, eco y adivinación del pensamiento*.

La *idea delirante primaria* puede ser de:

- *Tipo depresivo*: hace referencia a la *vivencia delirante de pérdida* que se vive con sufrimiento y dolor emocional intensos, *autorreproches* injustos o desproporcionados en los que la vivencia subjetiva de *culpa* por la pérdida impele a la necesidad de expiación o castigo. Aunque la *autodesvalorización* puede ser consciente, la *autopunición* generalmente es inconsciente. Sobre esta base, según la personalidad

32. G. Jennings, *El Viajero (Marco Polo)* (Barcelona: Editorial Planeta, 2003).

33. E. Amat, "Los delirios: añoranza y actualidad", en *Psicopatología*, vol. 18, nro. 2: 49-53 (abril-junio, 1998. Madrid).

34. G. Berrios *et al.*, "Delirio. Los paradigmas del debate teórico en las sociedades científicas", en *Psicopatología*, vol. 18, nro. 2: 54-58 (abril-junio, 1998. Madrid).

del paciente o sus circunstancias ambientales, el delirio se construye básicamente sobre una de cuatro variantes aunque en distinta medida o etapa pueden estar todas presentes.

—¡Ay misero de mí! ¡Ay infeliz! / Apurar cielos pretendo, / Ya que me tratáis así, qué delito cometí / Contra vosotros, naciendo. / Aunque si nací ya entiendo / Bastante causa ha tenido / Vuestra justicia y rigor / Pues el delito mayor del hombre / Es haber nacido.³⁵

- De *hipocondría*: el escenario del delirio depresivo lo constituye el *propio cuerpo*. El paciente se queja de síntomas o enfermedades que no tienen demostración clínica a pesar de las frecuentes valoraciones médicas, por lo que empieza un erratismo por médicos y medicinas sin lograr que nada ni nadie lo sane: “el enfermo imaginario”.

Durante mis recurrentes insomnios acechaba los inexistentes dolores que esperaba y las dolencias que debían de estar disponiéndose a atacarme. Palpaba en torno a mi apéndice en busca del menor signo de sensibilidad. Examinaba escrupulosamente mis evacuaciones, que esperaba con el corazón en la boca. (...)

Cuando notaba la más leve mucosidad anormal en mis regiones respiratorias corría en busca del electargol para ponerme unas gotas en la nariz. Hacía gárgaras con desinfectante después de cada comida. Me alarmaba al menor signo de irritación de la piel, y constantemente me estaba poniendo ungüentos en casi imperceptibles granitos, que temía se desarrollasen malignamente en el curso de la noche.³⁶

- De *ruina*: el escenario básico del delirio depresivo lo constituye el *mundo externo* del paciente el cual vive con gran angustia el pensamiento catastrófico y pesimista de que por culpa suya, por acción o por omisión, una gran tragedia caerá sobre los demás, y que todos aquellos que le son próximos van a la ruina que él contagia.

Érase una pobre viejecita sin nadita que comer sino solo carnes, frutas, dulces, tortas, huevos, pan y pez. Bebía caldo, chocolate, leche, vino, té y café, y la po-

35. Calderón de la Barca, 1955, en L. Grinberg, *Culpa y depresión* (Buenos Aires: Paidós, 1978).

36. S. Dalí, *op. cit.*

bre no encontraba qué comer ni qué beber. Y esta vieja no tenía ni un rancho en qué vivir fuera de una casa grande con su huerta y su jardín.³⁷

- De *culpa*: el escenario básico del delirio depresivo lo constituye el *propio psiquismo*. El *dolor es moral* y se vive íntimamente, en *auto-rrumiación* perpetua de desdichas y desgracias. Tal dolor conduce a *ideas de muerte*, con las cuales espera pasivamente ser liberado del sufrimiento autoinflingido, o a *ideas suicidas* con las que planea activamente la forma de dar fin al sufrimiento.

A la vida nos echáis / Dejando que el pobre incurra en culpa; / Luego lo dejáis sufrir. / Pues toda culpa se ha de expiar.³⁸

- De *negación de órganos o síndrome de Cotard*: en el cual en forma delirante el paciente *niega* la existencia de uno de sus miembros o de uno de sus órganos o incluso la existencia de su propio cuerpo.
- *Tipo paranoide*: lo característico de este delirio es la *autorreferencialidad* en la cual toda la temática delirante gira al rededor del individuo. Hay tres modalidades que pueden cursar aislada o incluso simultáneamente:
 - *Megalomaniaca*: es un idea delirante paranoide de *grandeza* en cualquier aspecto: de belleza, inteligencia, riqueza o poder físico, político, social, sobrenatural, o mental, asociada a vivencias de *omnipotencia* en el que el paciente siente que es más, tiene más o puede más que los demás. Generalmente es vivida en forma *egosintónica*.

Una noche Drusila golpeó a mi puerta y me dijo:

—¡Tío Claudio, el Emperador quiere verte con urgencia! Ven enseguida. No te detengas.

—¿Para qué me necesita?

—No lo sé. Pero por favor, haz lo que te pida. Tiene allí una espada. Te matará si no dices lo que quiere que digas. Esta mañana me puso la punta de la espada en la garganta. Tuve que jurarle una y otra vez que lo amaba. Está loco. Siempre lo estuvo. Pero ahora está peor que loco. Es un poseso.

37. R. Pombo, "La pobre viejecita", en *Cuentos pintados* (Bogotá: Editorial Pluma, 1981).

38. Goethe, en L. Grinberg, *op. cit.*

Fui al dormitorio de Calígula, que tenía grandes cortinajes y gruesas alfombras. Una débil lámpara de aceite ardía al pie de la cama. El aire estaba rancio.

—¿Otra vez tarde? Te dije que te dieras prisa.

—¡Oh, cómo corrí! —le dije después de saludarlo. Si no hubiese tenido una pierna coja, hubiera estado aquí casi antes de partir.

—He sufrido una metamorfosis. Es el más grande acontecimiento religioso de la historia.

—¿Esa metamorfosis ha sido dolorosa, Emperador? Espero que no.

—Tan dolorosa como si yo fuese mi propia madre. Tuve un nacimiento muy difícil. Por suerte, ya me he olvidado de todo eso. O de casi todo. Porque fui un niño muy precoz y recuerdo con claridad las expresiones de admiración de las comadronas, cuando me lavaban al aparecer yo en este mundo.

—Asombrosa memoria, Emperador. ¿Pero, puedo preguntarte con humildad cuál es exactamente el carácter de este glorioso cambio que se ha producido en ti?

—¿No resulta evidente? —preguntó a su vez, iracundo.

La palabra “poseso” que había empleado Drusila, y la conversación que había sostenido con mi abuela Livia cuando agonizaba me dieron la clave. Caí de cara al suelo, y lo adoré como a un dios.

Al cabo de uno o dos minutos pregunté desde el suelo si yo era el primer hombre que había recibido el privilegio de adorarlo. Contestó que sí y estallé en expresiones de gratitud. Mientras, él me pinchaba pensativamente la nuca con la punta de la espada. Creí estar a punto de morir.

—Admito —dijo— que todavía llevo un disfraz de mortal, de modo que no es notable que no hayas advertido en el acto mi divinidad.

—No sé cómo pude haber estado tan ciego. Tu rostro resplandece, a esta débil luz, como una lámpara.

—¿De veras? —preguntó con interés—. Levántate y dame ese espejo.

Le entregué un bruñido espejo de acero y convino en que refulgía con gran luminosidad. En ese raptó de buen humor empezó a hablarme de sí mismo.

—Siempre supe que esto ocurriría —dijo—. Siempre me sentí divino. Imagínate. A los dos años de edad aplasté un motín del ejército de mi padre, y salvé a Roma. Eso fue prodigioso, como las historias que se cuentan del dios Mercurio cuando era un niño, o de Hércules, que estranguló a las serpientes en su cuna.

—Y Mercurio solo robó un par de bueyes —dije— y tañó un par de notas en la lira. Eso no fue nada en comparación.

—Y lo que es más, a la edad de ocho años había matado a mi padre. Ni el propio Júpiter pudo hacer eso. Solo desterró al suyo.

Creí que estaba desvariando, pero le pregunté con voz normal:

—¿Por qué lo hiciste?

—Se interponía en mi camino. Trató de disciplinarme... ¡a mí, a un joven dios, imagínate! De modo que lo maté.

El corazón se me heló. Dije con voz horrorizada:

—Entonces, ¿fuiste tú?

Asintió orgulloso, y continuó parlotear:

—Y no solo maté a mi padre natural, sino también a mi padre adoptivo: Tiberio. Y en tanto que Júpiter solo se acostó con una hermana, Juno, yo me he acostado con mis tres hermanas. Martina me dijo que era lo correcto, si quería parecerme a Júpiter.

—Entonces, ¿conociste bien a Martina?

—En efecto. Cuando mis padres estaban en Egipto, yo solía visitarla todas las noches. Era una mujer muy sabia. Y te diré otra cosa. Drusila también es divina.³⁹

- *Persecutoria*: la persecución delirante paranoide de que es objeto el paciente puede ser hecha por medios físicos, electromagnéticos, mentales o de cualquier otro tipo, por los cuales otro u otros intentan hacerle daño físico, mental o moral, o diezmar sus fuerzas o posesiones reales o imaginarias, incluyendo formas de murmuración, difamación o calumnia. Siempre es vivida en forma *egodistónica*.

Si uno es incapaz de asimilar la realidad, inventa una conspiración. Si alguien no acepta que su madre murió de cáncer, atribuye la culpa al médico que la atendía. Y a los cirujanos, y a los anestesiistas. Y a las enfermeras. Que actuaban confabulados, claro está. Y conspiraron colectivamente para deshacerse de ella. Y en apariencia eso es precisamente lo que piensa Justin ahora de la muerte de Tessa. Tessa no fue violada y asesinada. Tessa fue víctima de una intriga internacional. No murió porque fuera joven y atractiva y en extremo desafortunada, sino porque *ellos* la querían muerta. ¿Quiénes son *ellos*? Me temo que nadie tiene la respuesta. Podría ser el verdulero de vuestro barrio, o la señora

39. R. Graves, *op. cit.*

del Ejército de Salvación que llamó al timbre y os entregó un ejemplar de su revista. Todos están involucrados. Todos conspiraron para matar a Tessa.⁴⁰

Fenomenológicamente el delirio paranoide suele aparecer primero en la modalidad de grandeza, y posteriormente virar al de persecución: frente a tantos poderes se despierta la envidia de los demás, que empiezan a ser perseguidores.

- *Mística* o de posesión: la idea delirante paranoide está referida básicamente a los *aspectos culturales de la religión o creencia dominante* en el medio, por lo que el paciente cree en forma delirante ser el elegido de un poder sobrenatural para llevar a cabo una misión especial de salvación de otros o de toda la humanidad.

Figúrate que a los pocos días de estar nosotros aquí, hubo gran alboroto en Iquitos con la llegada del Hermano Francisco. En la Amazonia es más famoso que Marlon Brando, ha fundado una religión que se llama los Hermanos del Arca, va a todas partes a patita y donde llega coloca una enorme cruz e inaugura arcas que son sus iglesias. Tiene muchos devotos, sobre todo en el pueblo, y parece que los curas andan furias con la competencia que les hace, pero hasta ahora no dicen ni pío. Bueno, mi suegra y yo fuimos a oírlo. Había muchísima gente, lo impresionante era que hablaba crucificado como Cristo, ni más ni menos. Anunciaba el fin del mundo, pedía a la gente que hiciera ofrendas y sacrificios para el Juicio Final. No se le entendía mucho, habla un español difícilísimo. Pero la gente lo oía hipnotizada, las mujeres lloraban y se ponían de rodillas. Yo misma me contagié de la emoción y hasta solté mis lagrimones, y mi suegra no te imaginas, a sollozo vivo y no la podíamos calmar, el brujo la flechó, Chichi. Después en la casa decía maravillas del Hermano Francisco y al día siguiente volvió al arca para hablar con los “hermanos” y ahora resulta que la vieja también se ha hecho “hermana”. Mira por dónde le vino a salir el tiro: ella que nunca le hizo mucho caso a la religión verdadera, termina beata de herejías. Figúrate que su cuarto está lleno de crucecitas de madera, y si fuera solo eso tanto mejor que se distraiga, pero lo cochino del asunto es que la manía de esta religión es crucificar animales y eso ya no me gusta, porque en sus crucecitas cada mañana me encuentro pegadas cucarachas, mariposas, arañas y el otro día hasta un ratón, qué asco espantoso. Vez que le pescó una de esas porquerías se la echo a la basura y ya nos hemos agarrado buenas peleas. Es un

40. J. Le Carré, *El jardinero fiel* (Barcelona: Plaza y Janés Editores S.A., 2001).

plato, porque apenas estalla una tormenta, y aquí es a cada momento, la vieja se pone a temblar creyendo que es el fin del mundo y todos los días le ruega a Panta que mande hacer una gran cruz para la entrada. Mira cuántos cambios en tan poco tiempo.⁴¹

- La *idea delirante secundaria*: es un trastorno del contenido del pensamiento que aparece como producto de una *conmoción psicológica súbita y masiva*, sin que previamente se haya modificado la personalidad. Es debida fundamentalmente a una alteración del afecto que hace que se produzca secundariamente la alteración del pensamiento.
- El *delirio crónico* o *delirio paranoico*: es una variante particular de las ideas delirantes. Comparte con la idea delirante primaria todas sus características, excepto en que no hay desestructuración de toda la personalidad sino solo de un segmento del funcionamiento psíquico. De ahí su denominación de *delirio en cuña* o *encapsulado*, en el que por fuera de lo delirante se aparenta un funcionamiento psicológico normal. Estas ideas delirantes crónicas tienen un contenido bien organizado y una apariencia formal lógica sistematizada y respaldada afectivamente, con lo que se hace difícil detectarlos en un comienzo.
 - Kraepelin limitó la *paranoia* al desarrollo insidioso, debido a causas internas y según una evolución continua, de un sistema delirante duradero e imposible de quebrantar, que se instaura con una conservación completa de la claridad y del orden en el pensamiento, en el querer y la acción⁴².

Para Lacan, el delirio objetiva al sujeto, es decir, lo transforma en un objeto. Divide estos delirios en un grupo “parafrénico” (fabulatorio, fantástico, o cosmológico), y otro “paranoico” (interpretativo, reivindicador o idealista); diferencia la paranoia de la esquizofrenia en que aquella es *algo que está siempre en relación con la alienación imaginaria del Yo*⁴³ (“Tomar lo imaginario por lo real es lo que caracteriza a la paranoia”, mientras que la esquizofrenia sería tomar lo simbólico por lo real).

Para Sérieux y Capgras es “la locura razonante”.

41. M. Vargas Llosa, *Pantaleón y las visitadoras* (Barcelona: Seix Barral, 1985).

42. C. Godoy, *La paranoia en la enseñanza de Jacques Lacan* (Bogotá: Centro de Investigación y Docencia en Psicoanálisis [CID], 2004).

43. Lacan 1954-1955:370, en Godoy, *ibidem*.

Hay varias modalidades de delirio crónico paranoico:

- *Parafrénico*: es el delirio crónico *imaginativo* por excelencia y, por tanto en apariencia, el más absurdo de todos, mostrando una gran riqueza imaginativa en los contenidos.

Él deambuló toda la noche, y el día siguiente, y la noche siguiente, hasta que luz y oscuridad dejaron de importar. Ya no parecía necesitar la comida ni el descanso. Solo sentía el afán de moverse constantemente por aquella metrópoli cuya textura estaba transformándose por completo. Las casas de los barrios ricos se construyen ahora de miedo solidificado, los edificios del gobierno, de vanagloria y desprecio. Cuando miras con ojos de ángel, ves esencias en lugar de superficies, ves la corrupción del alma que levanta ampollas y pústulas en la piel de los transeúntes, ves la generosidad de algunas personas posada en sus hombros en forma de ave. Mientras vagaba por la ciudad transformada, vio diablillos con alas de murciélago sentados en las esquinas de edificios hechos de mentiras, y vislumbró duendes que reptaban como gusanos por entre las baldosas rotas de los urinarios públicos. Solo con cerrar los ojos veía nubes de demonios minúsculos que envolvían a cada hombre y mujer del mundo.⁴⁴

- *Erotomaniaco*: es el delirio crónico de ser el *objeto de los deseos amorosos* de personas importantes o influyentes, de los cuales debe defenderse. Es una forma patológica de persecución amorosa y de acoso sexual, generalmente acompañado de alteraciones sensorio-perceptivas concordantes con la temática delirante, en las cuales se presentan alucinaciones de caricias, masturbación y otras formas de excitación sexual pasiva.
- *Celotípico*: el delirio crónico de celos es siempre patológico. En él, el paciente es la víctima del despojo de su objeto de amor. De la sospecha y la suspicacia, se pasa a la búsqueda activa de “pruebas” subjetivas de amor o desamor sobre la infidelidad reiterada de la pareja. Puede llegar a ser muy peligroso dada la facilidad de actuación de la agresión hacia el objeto del amor perdido como hacia los posibles actores o raptos del mismo.

Paciente de 88 años de edad, casado desde hace 60 años. La esposa tiene 80 años. Tienen nueve hijos cuyas edades oscilan entre los 59 y los 32 años. Laboró en ganadería.

44. S. Rushdie, *Los versos satánicos* (Barcelona: Seix Barral, 1988).

El motivo de consulta según la hija que lo acompaña es “por delirio de celos”, y según el paciente “por dolor de pies”.

La enfermedad actual está referida inicialmente como de celotipias de 4 años de evolución, “escenas de celos”, que en el último año se han tornado en ideación delirante. “A mí nadie me dijo nada, yo lo vi por mis propios ojos, pero pensé en el escándalo”. “Debieron cogerla dos vecinas que son muy malas y la corrompieron”. “Ella quería llevar al mozo a la casa a vivir con él, yo lo conozco y es joven, como de 21. Al indio ese le gustan las mujeres casadas”. “A la edad de ella, no se lo imagina nadie”.

En síntesis, una extensa y detallada historia de “infidelidad continua”, con descripción detallada de sitios, fechas y circunstancias. Las intervenciones de los hijos y vecinos en defensa de la esposa han implicado la heteroagresión física del paciente hacia ellos y las amenazas de muerte proferidas hacia el supuesto amante.

La víspera de la consulta agredió físicamente a la esposa, la cual por dolencias propias de su edad ha permanecido acostada en cama en los últimos meses. Frente a este hecho, manifiesta: “Ella no quiere hacer las paces conmigo; eso debió ser porque ella tuvo esas relaciones. Ella no era así, ella era una señora, pero la dañaron. Yo opino que hay que dejarla así. Yo estoy resignado”.

En otros aspectos de su vida cotidiana se desempeña en forma adecuada.

La confrontación con la realidad, los señalamientos de los hijos y la intervención del terapeuta no modifican la creencia delirante.⁴⁵

La idea delirante celotípica ha de distinguirse de los *celos comunes*, temor de pérdida de un objeto amoroso, presente en mayor o menor grado en la mayor parte de los vínculos amorosos que cursan con ciertos periodos de incertidumbre, pero que pueden ser controlados por el Yo y contrastados con la realidad.

A Nora Bernacle Joyce, 6 de agosto de 1909. 44 Fontenoy Street, Dublín.

(...)

En la época en que solía encontrarme contigo en la esquina de Merrion Square y pasear contigo y sentir tu mano tocarme en la oscuridad y oír tu voz (¡Oh, Nora!) (Nunca más oiré esa música porque nunca más podré confiar), en la época en que solía reunirme contigo, una noche sí y otra no tenías una cita con un

45. Tomado de una historia clínica.

amigo mío a la puerta del Museo, ibas con él por las mismas calles, canal abajo, por delante de la “casa con el piso de arriba”, por la orilla del Dodder. Te quedabas parada con él: te rodeaba con el brazo y tú alzabas la cara y lo besabas. ¿Qué más hacíais juntos? ¡Y la noche siguiente te reunías conmigo!

(...)

Tengo el corazón lleno de amargura y desesperación. Solo veo tu cara alzada para juntarse con la de otro. Oh, Nora compadéceme por lo que sufro ahora. Voy a pasar días llorando. Mi fe en esa cara que amaba ha desaparecido. No puedo llamarte querida mía porque esta noche me he enterado de que el único ser en quien confiaba no me fue leal.

Oh, Nora, ¿tiene que acabar todo entre nosotros?

Escríbeme, Nora, por mi amor muerto. Me veo torturado por los recuerdos.

Escríbeme, Nora, solo te amaba a ti: y me has hecho perder la confianza en ti. (...)

Jim.

A Nora Bernacle Joyce, 7 de agosto de 1909. 44 Fontenoy Street.

(...)

¿Es Georgie hijo mío? La primera noche que me acosté contigo en Zurich fue el 11 de octubre y él nació el 27 de julio. Es decir, nueve meses y 16 días. Recuerdo que echaste muy poca sangre aquella noche. ¿Te había follado alguien antes de que vinieras a mí? Me contaste que un caballero llamado Holohan (buen católico, por supuesto, que cumple con su deber en Semana Santa) quería follarte, cuando estabas en aquel hotel, usando lo que llaman un “condón”. ¿Lo hizo? ¿O solo le permitiste acariciarte y tocarte con las manos?

Dime una cosa. Cuando estabas en ese campo cerca del Dodder (las noches que no estabas conmigo) con ese otro (un “amigo” mío), ¿estabais tumbados cuando os besabais? Le colocaste las manos como a mí en la obscuridad y le dijiste como a mí : “¿Qué pasa, querido?” (...)

Jim.

A Nora Bernacle Joyce, 19 de agosto de 1909. 44 Fontenoy Street.

(...)

Querida mía: Estoy terriblemente preocupado porque no hayas escrito. ¿Estás enferma? (...) Mi dulce y noble Nora, te pido que perdones mi despreciable conducta, pero es que estaban confabulados y me enloquecieron, querida. Amor mío, derrotaremos su cobarde conjura. Cielo, perdóname, ¿quieres?

Dime una sola palabra, queridísima, una palabra para negarlo y, oh, ¡me sentiré transportado de felicidad!

¿Estás bien, querida? No estarás molesta, ¿verdad? No vuelvas a leer esas horribles cartas que te escribí. En ese momento estaba fuera de mí de ira. (...)

Jim.

A Nora Bernacle Joyce, 21 de agosto de 1909. 44 Fontenoy Street.

Mi querida Norita: creo que estás enamorada de mí, ¿no es así? Me gusta pensar en ti leyendo mis versos (...) Cuando los escribí, era un muchacho extraño y solitario, que caminaba solo de noche y pensaba que algún día una chica me amaría. Pero nunca pude hablar con las chicas que me presentaban en las casas a las que iba. Sus modales falsos me cohibían al instante. Entonces apareciste tú. En un sentido no eras la muchacha con la que había soñado y para la que había escrito los versos que ahora te parecen tan encantadores.

(...)

Me horroriza incluso que me enseñen una foto tuya de niña, pues pensaré: “Entonces yo no la conocía ni ella a mí. Cuando iba a misa por la mañana, lanzaba a veces sus largas miradas a un chico por el camino. A otros, pero no a mí”.

Te voy a pedir, querida mía, que seas paciente conmigo. Tengo unos celos absurdos del pasado (...).⁴⁶

Asimismo, han de distinguirse de los celos como producto de la insidia de terceros capaces de prodigar maliciosamente dudas sobre la correspondencia del amor, a un Yo desconfiado o sugestionable, lo que dificulta la contrastación con la realidad.

Otelo. —¿No habéis visto nada, entonces?

Emilia. —Jamás he oído nada, ni nunca he sospechado.

Otelo. —Sí, vos habéis visto a ella y a Cassio juntos.

Emilia. —Pero en esas condiciones no vi nada malo, y he oído cada una de las sílabas pronunciadas entre ellos.

Otelo. —¿Qué no cuchichearon nunca?

Emilia. —Jamás, mi señor.

Otelo. —¿Ni ella os ha alejado?

Emilia. —Nunca.

Otelo. —¿Para buscar su abanico, sus guantes, su antifaz, ni nada?

Emilia. —Jamás, mi señor.

Otelo. —Es extraño.

46. J. Joyce, *Cartas escogidas* (Barcelona: Editorial Lumen, 1982).

Emilia. —Me atrevo a jurar que es honrada. Apostaría a ello mi alma a cara y cruz. Si pensáis de otra manera, arrojad ese pensamiento... engaña a vuestro corazón. Si algún miserable os infundió eso en la cabeza, que el Cielo pueda recompensarle con la maldición de la serpiente; porque si no es honrada, casta y leal, entonces no hay ningún hombre feliz; la más pura de las mujeres es despreciable como la calumnia.

Otelo.—Mandadla que venga aquí. Id. (Sale Emilia). Dice bastante. Sin embargo, es una simple alcahueta que no puede decir mucho. Es una ramera astuta, un gabinete de infames secretos cerrados a llave; y, a pesar de ello, se arrodilla y ora. Se lo he visto hacer.

Entran Desdémona y Emilia

Desdémona. —Mi señor, ¿qué me queréis?

Otelo. —Por favor, venid acá polluela.

Desdémona. —¿Qué os place mandarme?

Otelo. —Dejadme ver vuestros ojos. Miradme a la cara.

Desdémona. —¿Qué horrible humorada es esta?

Otelo. —(A Emilia) ¡A alguna de vuestras funciones, dueña! ¡Dejad solos a los que quieren procrear, y cerrad la puerta! ¡Tosed y exclamad! Ejem! si alguien viene ¡A vuestro oficio, a vuestro oficio! ¡Vamos, despachad! (Sale Emilia).

Desdémona. —Os lo suplico de rodillas: ¿Qué significa vuestro discurso? Comprendo que la cólera reside en vuestras palabras; pero no las entiendo.

Otelo. —Vamos a ver: ¿Quién eres tú?

Desdémona. —Vuestra esposa, mi señor; vuestra sincera y leal esposa.

Otelo. —¡Vamos, júralo y condénate! Te semejas tanto a un ángel del cielo, que los demonios podrían temer apoderarse de ti. ¡Así, condénate doblemente! ¡Jura... que eres honrada!

Desdémona. —El Cielo lo sabe con toda verdad.

Otelo. —¡El Cielo sabe con toda verdad que eres pérfida como el infierno!

Desdémona. —¿Hacía quién, mi señor? ¿Con quién? ¿Cómo soy pérfida?

Otelo. —¡Ah, Desdémona!... ¡Aparta, aparta, aparta!

(...)

Desdémona. —Espero que mi noble señor me estime honrada.

Otelo. —¡Oh, sí! ¡Como las moscas estivales en el matadero, que apenas creadas, se reproducen zumbando!

(...)

Desdémona. —¡Ay! ¿Qué pecado de ignorancia he cometido?

Otelo. —Esta rica vitela, este libro tan admirable, ¿se hizo para que escribiera encima: “puta”? “¿Qué habéis cometido!” “¿Cometido!” ¡Oh, ramera pública! ¡Si dijera lo que has hecho, mis mejillas volveríanse rojas como las fraguas y reducirían a cenizas todo pudor! ... “¿Qué has cometido!” (...) ¡El Cielo tápese ante ello la nariz, y la luna cierra los ojos! ¡El viento lascivo que besa todo lo que encuentra, se esconde en los antros profundos de la tierra para no escucharlo!... “¿Qué has cometido!” ¡Imprudente prostituta!

Desdémona. —¡Por el Cielo, me estáis injuriando!

Otelo. —¿No sois una prostituta?

Desdémona. —¡No, tan cierto como soy cristiana! Si conservar este vaso para mi señor, libre de todo otro contacto impuro e ilegítimo es no ser una prostituta, no lo soy.

Otelo. —¡Cómo! ¿No sois una puta?”.⁴⁷

- De *reivindicación*: son los delirios crónicos caracterizados por la *exaltación afectiva*, la idea prevalente de un solo postulado fundamental y su desarrollo en sector. Pueden ser de tipo:
 - ✓ *Querulante*: el delirante se enfrasca en debates, generalmente escritos, la mayor parte de las veces de carácter irrelevante, y en otras simplemente por contradecir en forma sistemática. “Se arruinan en procesos para hacer triunfar una reivindicación a veces irrisoria”, con menoscabo de intereses más evidentes.

Apreciada señora Abbott:

Representamos a la firma Tres Abejas, Nairobi, que ha puesto en nuestras manos varias cartas que usted remitió directamente a sir Kenneth Curtiss, presidente de dicha compañía, y a otros directivos y miembros del consejo de administración.

Debemos informarle que el producto al que usted hace referencia ha superado satisfactoriamente todas las pruebas clínicas necesarias, muchas de ellas llevadas a cabo con niveles de exigencia muy superiores a los que imponen las vigentes normativas nacionales e internacionales. Como usted bien señala, el producto ha sido rigurosamente analizado y registrado en Alemania, Polonia y Rusia. A petición de las autoridades sanitarias kenianas, la legitimidad

47. W. Shakespeare, *Otelo, el moro de Venecia* (Madrid: Aguilar, 1988).

de ese proceso ha sido corroborada independientemente por la Organización Mundial de la Salud, de cuyo certificado anexamos copia.

Por consiguiente, es nuestro deber advertirle que cualquier queja ulterior suya o de sus colaboradores en este asunto, dirigida a la firma Tres Abejas o alguna otra entidad, será interpretada como delito de falsedad dolosa e injustificada en detrimento del acreditado producto antedicho, así como del buen nombre y el sólido prestigio en el mercado de sus distribuidores. En caso de producirse tal eventualidad, tenemos claras instrucciones de emprender acciones legales de manera enérgica y sin previa consulta de nuestros clientes.

Atentamente, Oakey, Oakey & Farmeloe, bufete jurídico con oficinas en Londres, Nairobi y Hong Kong.⁴⁸

- De *reivindicación ideológica*: o apasionamiento idealista con el que se delira con un “ideal de sí mismo imaginario”, en el que los complejos de frustración o de inferioridad constituyen un profundo núcleo de angustia sobrecompensada por la disposición caracteriológica de un Yo que se pretende agresivo y omnipotente⁴⁹.

Papá vuelve a casa cantando y sacándonos de la cama para cuadrarnos y hacernos prometer morir por Irlanda cuando seamos llamados. Hasta levanta a Michael y aunque apenas tiene tres años ahí está cantando y prometiendo morir por Irlanda a la primera oportunidad. Así le dice papá, a la primera oportunidad. Yo tengo nueve años y Malachy ya tiene ocho y nos sabemos todas sus canciones. Cantamos y prometemos morir.⁵⁰

- De *inventiva*: en el cual el delirante, a través de la creación de inventos sin utilidad práctica, utiliza la mayor parte del tiempo productivo. Más importante que el invento en sí mismo, es la convicción de la exclusividad de la propiedad, el monopolio absoluto y la indiscutible prioridad que reivindica. “Las gestiones, demandas y precauciones absorben toda su actividad”⁵¹.

Inventé uñas artificiales hechas de pequeños espejos reductores, donde uno podía mirarse. Maniqués transparentes para escaparate, cuyos cuerpos podían llenarse de agua, donde podían ponerse peces de colores para imitar

48. J. le Carré, *op. cit.*

49. H. Ey, *op. cit.*

50. F. McCourt, *op. cit.*

51. F. McCourt, *ibidem.*

la circulación de la sangre. Zoótopos con escultura animada. Anteojos calidoscópicos y espectrales, a través de los cuales todo podía verse transformado, para excursiones en automóvil cuando el paisaje se hiciese demasiado aburrido. Maquillajes astutamente combinados para eliminar las sombras y hacerlas invisibles. Zapatos con resorte para aumentar el placer de caminar. Había inventado y elaborado hasta el último detalle el cine táctil, que habría permitido al espectador, por medio de un mecanismo sumamente sencillo, tocarlo todo en sincronismo con lo que veía: sedas, pieles, ostras, carne, arena, perros, etc. Objetos destinados a proporcionar los más secretos placeres físicos y psicológicos. Entre los últimos, había objetos desagradables destinados a ser arrojados contra la pared para romperse en mil pedazos, en momentos de cólera. Otros estaban contruidos enteramente de puntos duros y se proponían, con su aspecto mellado, provocar sentimientos de exasperación, rechinar de dientes, etc. como el que se experimente involuntariamente con el ruido hecho al frotar con un tenedor el mármol de una mesa. Estos objetos estaban hechos para exasperar hasta el extremo los nervios, mientras preparaban la agradable descarga que el espíritu experimentaría en el momento de arrojar la otra clase de objeto, que se rompe tan satisfactoriamente con el agradable ruido de una botella que se destapa –¡plop!

También había inventado objetos de los que nadie sabe dónde poner (cada sitio que se escoge resulta enseguida inconveniente), destinados a crear inquietudes que solo cesan cuando uno se desprende de ellos. Yo opinaba que estos objetos habían de tener un gran éxito comercial, pues todo el mundo daba poco valor al comprador, masoquista inconsciente, que buscaba con avidez el objeto capaz de hacerle sufrir del modo menos evidente y concreto. Inventé vestidos con falsos intercalados y postizos anatómicos, de tal modo que creasen un tipo de belleza femenina correspondiente a la imaginación erótica del hombre; había inventado unos falsos pechos suplementarios que brotaban de la espalda –esto podría haber revolucionado la moda para cien años, y aún podría hacerlo.⁵²

- Otras formas de delirio menos frecuentes están representadas en la clínica en la *Folie a deux* o en la *Folie a trois*, en los cuales el contenido delirante es compartido y retroalimentado por otro u otros delirantes generalmente convivientes entre sí.

52. S. Dalí, *op. cit.*

Trastornos del curso del pensamiento

En forma *cuantitativa* puede haber alteraciones por defecto y por exceso.

- Por *defecto o enlentecimiento*:
 - *Bradipsiquias*: son trastornos del curso del pensamiento, caracterizadas por un aumento significativo del tiempo de latencia entre el estímulo y la respuesta y un enlentecimiento paralelo en la progresión o fluidez del pensamiento y de otras funciones psicológicas. Se puede ver en forma fisiológica en los estados de fatiga crónica, y en forma patológica en las depresiones, en la catatonía, en los hematomas subdurales y en las intoxicaciones yatrogénicas con depresores del SNC.
 - *Bloqueo de pensamiento*: es el grado máximo de bradipsiquia, en el cual el curso o progresión del pensamiento se detiene sin que se pueda reanudar fácilmente.

Me doy cuenta de que no tengo un físico corriente, pero... —Él no la interrumpió con su falso cumplido tranquilizador, lo cual significaba que la aceptaba exactamente como era. Esto la excitó por sus repentinas posibilidades.

—Pero yo... se me ha olvidado lo que iba a decir.⁵³

- ✓ La llamada “mente en blanco” se refiere a la ausencia de pensamiento, y se toma como característica de una forma clínica de la esquizofrenia. En forma menos grave, por lo pasajera, es frecuente durante episodios de intensa carga emocional:

—Queremos averiguar el motivo del crimen —respondió Lesley.

—Dijisteis que ya lo conocíais: la violación.

—La violación ya no cuadra. No como motivo. La violación fue una consecuencia indirecta. Quizá una estratagema para inducirnos a pensar que nos hallamos ante un asesinato al azar, no planeado.

—Premeditación —añadió Rob, sus grandes ojos castaños fijos en Woodrow con expresión sombría.

Ante lo cual, durante un breve pero aterrador momento, Woodrow no pensó en nada. Se le quedó la mente en blanco. Ni una sola palabra, ni siquiera la más banal y carente de significado, acudió en su rescate. Se vio a sí mismo, a lo sumo, como una especie de ordenador, recuperando, ensamblando y por último

53. A. Miller, *Una chica cualquiera* (Madrid: Unidad Editorial S.A., 1998).

rechazando una serie de conexiones cifradas en una compleja clave desde una zona acordonada de su cerebro.⁵⁴

- Por *exceso o aceleramiento*:
 - *Taquipsiquias*: son trastornos del curso del pensamiento caracterizados por un acortamiento significativo del tiempo de latencia entre el estímulo y la respuesta, y un aceleramiento paralelo en la progresión o fluidez del pensamiento y de otras funciones psicológicas, como se puede ver en forma patológica en las manías y en las intoxicaciones yatrogénicas con estimulantes del SNC. Se correlaciona psicopatológicamente con la *logorrea* y con la *agitación psicomotora*.
 - ✓ *Fuga de ideas o pensamiento ideofugal*: es el grado máximo de taquipsiquia en el cual las ideas se precipitan unas detrás de otras perdiendo la directriz del pensamiento y, por tanto, desorganizándolo comunicativamente. Da lugar a la *incoherencia*.

Trastornos de la forma del pensamiento

Son una consecuencia de alteraciones de la función de la conciencia, o del origen, el contenido o el curso del pensamiento. Dado que la finalidad del pensamiento es la de generar ideas que tengan *capacidad comunicativa*, la forma consecuente de un pensamiento normal es una sucesión de ideas lógicas y comunicables. Las formas patológicas del pensamiento hacen fracasar la lógica y la comunicación.

- La *disgregación*: es un trastorno de la forma del pensamiento en el que la *idea en sí misma y aislada* es lógica y comprensible, pero no guarda relación con la siguiente idea que, aisladamente considerada, es también lógica y comprensible. Son ideas que en conjunto no tienen continuidad lógica y, por tanto, se hacen incomprensibles porque se pierde la idea directriz, se pierden las asociaciones normales y su construcción no es modificable por la voluntad. Generalmente no hay compromiso del estado de conciencia.

(...) no veo nada, apenas el borde de esas plantas blancas de coral, del fondo del mar, cartilaginosas, me dan ganas de tocarlas, de ver si son ásperas, si rascan,

54. J. le Carré, *op. cit.*

parecen encajes, puntillas suaves de ropa antigua, son plantas, no, son piedras, a una rama de una palma si la muerdo sale un líquido, como un juguito muy dulce, algo hay que corre como agua adentro de una planta, si estoy muerto de sed la mastico, aunque sea una mísera gota, pero una piedra no me da nada, le hincó los dientes y se me parten los dientes. Hay plantas de piedra, las vi en alguna parte, en las piedras fósiles, es de noche, yo estoy en mi cama, y a veces estiro la mano y toco una piedra filosa, y la empiezo a frotar y empieza a soltar polvo, arena, en el desierto, si se levanta viento la arena va a volar y entrarme en los ojos, tengo que tener cuidado de no rozar más las piedras porque se están volviendo arena, el viento negro se acercó a tanta velocidad que me entró arena en los ojos, no tuve tiempo de cerrarlos, pero cuando murió mamá ella estaba adentro de una casa con las ventanas cerradas para que la arena no le entrara en los ojos (...).⁵⁵

- Una variante de disgregación es la *ensalada de palabras*, en la cual las ideas ya no se asocian por contenido y significado.

Porque por encima de la realidad: la posibilidad, manifiestamente aquello que primero y las más de las veces no se muestra precisamente aquello que, frente a aquello que primero y las más de las veces se muestra, está oculto, pero es al mismo tiempo algo que pertenece esencialmente a aquello que primero y las más de las veces se muestra, y aún de tal modo, concretamente, que llena su sentido y razón, no helados sino mullidos, con tacones de zapatos de la intendencia de la Fuerza Aérea, para que el bebé en su aquí. Aquí en su aquí. Únicamente proyecto, pero aquí. Desencionalizado, pero aquí. Únicamente neutro, únicamente ello. Ello no como el aquí en general, para que la disposición lleve la existencia antes del Qué de su aquí, y la coloque allí sin repugnancia y solo con los dedos, sin protección de guantes: ¡Ay! La estructura estático-horizontal! Solamente aquí pata la muerte, es decir: todo en revoltijo y un poco de hojarasca y hayucos silvestres encima, para que no las conejas, o la raposa, si viniere, el guardia forestal, zahoríes, buitres de carroña, buscadores de tesoros, brujas, si las hay, recojan residuos, hagan con ellos velas de sebo, o polvos, para esparcir por los umbrales, ungüentos contra todo y contra nada. Por eso: una piedra encima. Fundando en el fundamento. Lugar y aborto. Materia y obra. Madre e hijo. Ser y tiempo. Tula y Harry. Salta del tranvía en su aquí, sin tropezar. Salta poco antes de navidad, hábilmente sin duda, pero con

55. M. Puig, *op. cit.*

exceso: pura dos lunes antes, y para que fuera por el mismo agujero. ¡Quiebra!
Anonadante nada. ¡Gran mierda!⁵⁶

- *Asociación por consonancia* o asociación por sonidos similares o en rima, independientes del eje del discurso.

Por tal palo, palio espero, / y así correré ligero.⁵⁷

- La *incoherencia* es un trastorno de la forma del pensamiento en el que este no se puede organizar de manera lógica ni comprensible, dado que *cada idea aislada es ilógica e incomprensible* en sí misma. Además de que *falta la idea directriz global*, no hay conexión significativa lógica entre las diferentes palabras, ni siquiera al nivel parcial de las frases constitutivas. Es frecuente en los síndromes confusionales y en las psicosis esquizofrénicas.

Agáseloco, tusilago ácula, írdeen zúmbar la betónica, paregórico de su úyuba, ter, almáracó, sarcócola y crisócola con dorónica; renúnculo; dracúncula, em-plasto géminis, guaco sanícula.⁵⁸

- La *perseveración* es un trastorno de la forma del pensamiento en el cual hay una marcada dificultad para cambiar de un tema a otro, deteniéndose reiteradamente en los mismos conceptos ya expresados, por lo que las repeticiones son lo llamativo. Es frecuente en epilepsias, neurosis obsesiva y algunas psicosis.
- Las *pararrespuestas* son expresiones verbales que no tienen relación lógica con las preguntas hechas por el interlocutor, y que en el caso de las neurosis graves cumplen básicamente un papel defensivo. Sin embargo, su uso reiterativo que impide o dificulta severamente el diálogo comunicativo, está en relación con procesos esquizofrénicos, con cuadros demenciales y, en una forma extrema, con las pseudo-demencias del tipo *Síndrome de Ganser*⁵⁹. Hay que recordar que este síndrome está asociado a estados crepusculares, en los que hay compromiso de ciertas *áreas específicas de asociación sensorial*, principalmente visuales, manteniéndose funcionales otras áreas de asociación,

56. G. Grass, *Años de perro* (Barcelona: Plaza y Janés Editores S.A., 1982).

57. M. de Cervantes, "Los baños de Argel", en *Obras completas* (Madrid: Aguilar S.A., 1967).

58. R. Pombo, modificado y distorsionado a partir de "Doña Pánfaga", en *op. cit.*

59. G. Vidal y R. Alarcón, *op. cit.*

lo cual explica que el paciente no pueda hacer, por ejemplo, un *reconocimiento visual* (no reconoce visualmente rostros familiares), pero sí un *reconocimiento auditivo de las personas* (que le eran familiares antes del evento). Esta discordancia sensorial facilita las *interpretaciones delirantes secundarias* que suelen acompañar al fenómeno.

—¿Podemos comer aquí? —murmuró Burris.

Margit meneó la cabeza, los ojos fijos en el río de aguas lentas.

—Este río es muy distinto del Rin —dijo, más bien para sí misma—. Esas aguas tan veloces me cansan. Y estoy segura de que fatigan también a Basilea.

—No creo que tan lejos de la cocina recibamos un auténtico servicio de tres estrellas —dijo Burris, respondiendo a su propia pregunta.

A menudo le ocurría lo mismo. Margit solía responder una pregunta aludiendo a un asunto completamente distinto.⁶⁰

Formas de exploración y detección

Los trastornos del pensamiento han de evaluarse desde las distintas vertientes psicopatológicas (origen, contenido, curso, forma y comprensibilidad) a lo largo de toda la entrevista, y estos hallazgos, confrontados con lo descrito por el paciente o los informantes sobre su impacto en el funcionamiento de la personalidad en los diferentes aspectos de la vida cotidiana del paciente.

Ha de tenerse en cuenta que lo que se observa en la entrevista médica corresponde a un pequeño fragmento cronológico de la vida del paciente y que hay hallazgos que solo pueden ser observados con la pericia del entrevistador; de la misma manera, hay hechos que no son observables durante la entrevista, pero de hecho están presentes en otros momentos de la vida del paciente, y por tanto observables en otros momentos o en otros ambientes diferentes. Ello se debe a que —y sobre todo en ciertos trastornos del contenido del pensamiento— la plasticidad de lo psicopatológico no es siempre constante, por ejemplo, no siempre se delira durante las veinticuatro horas del día, sino en determinados tiempos y en determinadas circunstancias.

De ahí la importancia de valorar el conjunto del funcionamiento psicológico a través del comportamiento y el desempeño en la vida cotidiana, así como en las formas de adaptación o desadaptación globales del sujeto.

60. L. Waller, *La cuenta suiza* (Buenos Aires: Editorial Pomaire S.A., 1977).

Si bien es cierto que la esencia del delirio se concentra en el *contenido erróneo*, en la *incoregibilidad* y en el *origen patológico*, “error morbosamente incorregible” (Bumke), *la esencia del delirio se halla en su procedencia morbosa* y no en un fallo lógico casual, en ideas deformadas desde la afectividad o en la incomprendibilidad psicológica.

El error, *per se*, no basta para definir el delirio e intentar el análisis de las ideas delirantes⁶¹. Importa más la conducta del delirante, que el contenido y el grado de su error.

He buscado en Charenton, en Bicêtre, en la Salpêtrière, la idea que me pareciera más descabellada y, al compararla con muchas de las que circulan por el mundo, he visto con sorpresa y casi con rubor que no había diferencia alguna entre las mismas.

Hay que recordar que el delirio es cuestión de creer y no de saber. ¿Conoces el caso del esquizofrénico paranoico que, convencido de que era Napoleón Bonaparte, se avino a someterse a la prueba del detector de mentiras? Lo primero que le preguntaron. ¿Es usted Napoleón? Y la respuesta que él dio, seguramente con una sonrisa de malicia. No. Y ellos miran la máquina que, con toda la agudeza de la ciencia moderna, dice que el loco miente.⁶²

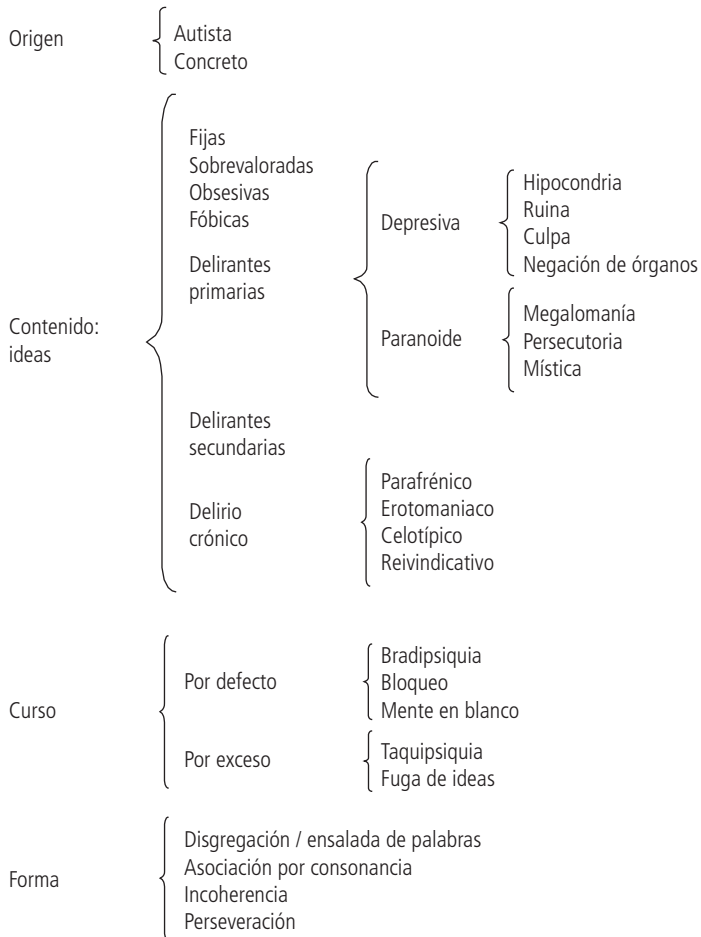
El entrevistador debe estar en condiciones de identificar y distinguir entre “una experiencia psicopatológica” (desadaptativa y desestructurante de toda la función psicológica) y una “experiencia espiritual normal” (dada en un contexto apropiado), evitando en todo momento prejuicios o sobrevaloraciones personales que contaminen la observación⁶³.

61. E. Amat, *op. cit.*

62. S. Rushdie, *op. cit.*

63. J. García, “Psicopatología y espiritualidad”, en *Revista Informaciones psiquiátricas*, 189: 451-453 (2007. Publicaciones científicas. Hermanas Hospitalarias del SCJ).

Sinopsis



Lenguaje y comunicación

El cerebro hace al lenguaje, el lenguaje hace al cerebro; y ambos conjuntamente crean la conciencia superior del Yo.

KREUZER

Y verdaderamente es ahí donde radica el origen del espíritu humano: en la representación que se produce con el lenguaje.

POPPER

Definición y conceptos básicos

El *lenguaje* es un código socializado, vehículo de la comunicación, y expresión del pensamiento y las emociones. Entre todos los instrumentos desarrollados por el hombre, al decir de Popper, el más importante es el lenguaje humano.

El *lenguaje* es la capacidad mediante la cual los animales se comunican entre sí. “No somos ni los inventores ni los únicos poseedores del lenguaje”¹. De hecho, el lenguaje existe en diversas especies evolutivamente más antiguas que el hombre. Pese a ello, es probable que el lenguaje humano sea el más rico y complejo.

El lenguaje en *imágenes visuales* aparece evolutivamente antes del lenguaje verbal. Es probable que los *pictogramas* hayan evolucionado a *diagramas* y a *ideogramas* que denotan altos niveles de *abstracción* que se ligan a “*conceptos afectivos*”, y que ulteriormente lo harán a *sonidos*².

La generación de palabras es una propiedad *intrínseca* del cerebro. El lenguaje se genera después de haber adquirido el pensamiento abstracto.

1. Ulinás, R. *El cerebro y el mito del Yo: El papel de las neuronas en el pensamiento y el comportamiento humano* (Bogotá: Editorial Norma, 2003).
2. J. R. Avzaradel, “On the Construction of Thinking”, in *Int J Psychoanal*, 92: 833-858 (2011).

La *prosodia* es la expresión *externa* de un estado *interno* momentáneo, cuya expresión debe tener *significado* para otro. Tales estados externo e interno son abstracciones. Sonreír, reír, fruncir el ceño, alzar las cejas son formas de prosodia, pues significan un estado emocional momentáneo que otro reconoce y comprende. Aunque no es hablada, la prosodia es lenguaje y es comunicación intencional.

Fue la evolución de la *mímica* la que permitió dar significado universal al aportar un factor común para que un comportamiento llegara a *tener significado*.

La necesidad de expresar abstracciones internas hizo –por evolución– que las estructuras orofaciales y laringeas y el aparato respiratorio incrementaran la destreza del mecanismo vocal. Estos sonidos aprendidos por *imitación* y por *repetición* son los *fonemas* que representan la base misma del lenguaje, independiente del idioma utilizado.

Desde el nacimiento la percepción de fonemas comienza a *reducirse* rápidamente a los que se utilizan en la lengua materna del niño. Es difícil identificar correctamente los sonidos específicos de idiomas a los que no hemos sido expuestos en la niñez³.

La lengua materna se adquiere mediante reglas lingüísticas preespecificadas⁴ por un proceso selectivo de uso y repetición. Sin embargo, no es ni la práctica ni la repetición lo que nos permite el lenguaje, pues estas solo confieren el modo particular de usarlo⁵.

El *lenguaje hablado*, al igual que la prosodia corporal o la gesticulación facial, amplifica el ámbito de la comunicación⁶.

Cualquiera de las formas de comunicación requiere siempre un orden social que permita su utilización con un propósito, y ello es válido tanto para las abejas y los invertebrados como para los vertebrados.

Hay muchas *formas de comunicación*: química, comportamental, preverbal o gestual y verbal. Incluso el *silencio* es una forma particular de comunicación.

La *comunicación no verbal* está gobernada la mayor parte del tiempo en forma inconsciente, a diferencia del lenguaje. Además, la postura y los ademanes son expresiones comunicativas no verbales que usualmente acompañan a la expresión verbal. También los *indicadores verbales*, como variaciones de la

3. Kuhl, 1997, en R. Llinás, *op. cit.*

4. Chomsky, 1980, en R. Llinás, *ibidem.*

5. R. Llinás, *ibidem.*

6. R. Llinás, *ibidem.*

voz, tono y timbre, comunican una emoción, incluso, independiente del contenido verbal.

Existen movimientos faciales típicos para cada uno de los *estados emocionales primarios* o fundamentales, tales como miedo, cólera, sorpresa, tristeza, felicidad y disgusto, que por supuesto tienen interferencias de expresión determinadas por la cultura.

La *mímica* es un atributo prelingüístico relacionado con la prosodia y acentuado por sonidos o gestos particulares. Es generalmente un comportamiento *motor imitado*.

Edgar Poe se miró al espejo y se dijo:

—Ese hombre del espejo no sufre, es un actor que imita mi sufrimiento.

El hombre del espejo se dijo:

—Ese hombre no sufre, finge sufrir para que yo sufra imitándolo.⁷

La importancia de la mímica radica en que un animal solo reconocerá e identificará el estado *momentáneo interno* de otro animal, imitándolo (capacidad de imitar), y al imitarlo (deseo de imitar) es capaz de reconocer en sí mismo el momento interno propio. Es decir, actuando por mímica aprende a conocer estados emocionales de otros y de sí mismo. Esta es la base de la *empathia*.

Al incorporar este nuevo conocimiento aprende a identificar un significado: “cuando algo me muestra los dientes, significa peligro”. La selección natural hizo que la mímica se convirtiera en una propiedad intrínseca cerebral que permite filogenéticamente generalizar significados: uno grita cuando es mordido o atacado, uno grita cuando *piensa* que va a ser mordido o atacado. Así, la vocalización pasa a representar la actividad interna de miedo, dolor o alerta según el caso.

Hay *mímica auditiva*: podemos oír los sonidos que emitimos y emitir los sonidos que oímos. Igual sucede, por ejemplo, con la risa, la cual identificamos porque la asociamos con nuestra propia risa.

En el reino animal la *mímica visual* es la base del mimetismo en la que la imagen se configura para ser vista por los demás tratando de imitar el contexto visual del entorno: “el pez que se mimetiza es capaz de crear un fragmento de una realidad lo suficientemente semejante al terreno como para que otro animal no discerna discontinuidad en lo que ve”⁸.

7. W. Ospina, *Poesía 1974-2004* (Bogotá: Dosgráfico, 2004).

8. R. Llinás, *op. cit.*

Los ojos propiamente dichos, no tienen expresión, ni siquiera cuando han sido arrancados, son dos canicas que están allí inertes, los párpados, las pestañas, y también las cejas, son los que se encargan de las diversas elocuencias y retóricas visuales, pero la fama la tienen los ojos.⁹

Sin embargo, conscientemente, en ocasiones se pueden distorsionar los indicadores verbales o la expresión de las emociones, a través de la *indiferencia*, el *disimulo* o la *manipulación*.

Todo individuo debe desarrollar una aceptable *competencia comunicativa* definida como el conjunto de precondiciones, conocimientos y reglas que hacen posible el significar y el comunicar.

Hay *interacción comunicativa* si el hablante y el receptor poseen y utilizan competencias prelingüística, lingüística, kinésica, proxémica y ejecutiva comunes.

El *lenguaje verbal, hablado y escrito*, es una forma de comunicación con sintaxis y reglas gramaticales, propiedad particular del *homo sapiens*.

“El hombre, gracias a su lenguaje, sabe al menos mentir de una manera que a los animales les es desconocida”¹⁰.

El lenguaje es una función psicológica dependiente de la función de conciencia, que tiene como base varias estructuras cerebrales y por tanto depende de la integridad del SNC, de las áreas cerebrales específicas y del aparato fonatorio.

El proceso de adquisición del habla, del lenguaje y de la comunicación son procesos evolutivos¹¹, en los cuales, a partir de un *periodo prelingüístico*, la emisión de sonidos va adquiriendo la connotación de señal hasta que a lo largo de los primeros cinco años el niño logra un bagaje verbal con todas las estructuras de frases sencillas, aunque le falta aún un periodo evolutivo adicional antes de que su lenguaje se convierta en un auténtico instrumento del pensamiento y un adecuado medio de comunicación que le permita llegar a la *conceptualización*.

De la misma manera, hay un orden evolutivo que partiendo de la articulación del lenguaje (*fonética*), y pasando por el proceso de selección de palabras asociadas (*semántica*) culmina en el aprendizaje del orden adecuado de las

9. J. Saramago, *Ensayo sobre la ceguera* (Barcelona: Santillana S.A., 2000).

10. K. Popper, “Los tres mundos”, en *El porvenir está abierto*. Popper, K. y Lorenz, K. (Barcelona: Tusquets Editores S.A., 1992).

11. J. de Ajuriaguerra, *Manual de psiquiatría infantil* (Barcelona: Toray-Masson, 1977).

frases (*sintaxis*) para lograr una óptima comunicación. Los niños no aprenden a hablar *de oído*, aprenden a hablar *hablando*, ensayando el lenguaje.

Luego, aprenden también a escuchar y a prestar atención. A entender sutilezas que cambian el sentido de las frases.

Las frases hechas no tienen sensibilidad para las mil sutilezas de sentido, esta, por ejemplo, no conoce la diferencia entre cerrar los ojos, y estar ciego.¹²

También aprenden a dominar los giros idiomáticos que componen el *eufemismo* o el no llamar a las cosas por su nombre, intentando evitar con ello el enfrentamiento a una temática conflictiva: no decir “preso” sino “interno”, no “secuestrado” sino “retenido”, no “chicas de alquiler” sino “flores silvestres”.

No vuelvas a utilizar la palabra tortura, esclavo. El acariciador es una persona sensible. Estos términos bastos no le gustan, y le ofenden. Aunque una cuestión de importancia le obligue a arrancar los ojos a una persona y a ponerle carbones encendidos en las órbitas, aquello no es nunca una tortura. Llamémoslo interrogatorio, llamémoslo caricias, llamémoslo cosquillas, lo que te apetezca, menos tortura, porque si algún día el acariciador tiene que acariciarte es mejor que no recuerde el poco respeto que mostraste por su profesión.¹³

La *escritura* es un logro típicamente humano de tal magnitud que se acepta universalmente que un pueblo hace parte de la historia cuando adquiere esta capacidad de transmisión de su cultura. En ese sentido, los pueblos que no tienen un sistema de escritura, válidamente se consideran *prehistóricos*.

Nuestro gran pueblo tuvo en otros tiempos una espléndida historia y una gloriosa tradición. Todo quedó escrito en libros, con nuestro poético idioma mian. Pero hubo una gran hambruna, y la gente hirvió los libros, les puso salsa y se los comió, y ahora no podemos recordar nada de nuestra historia y no sabemos nada de la escritura.¹⁴

El dominio de la escritura implica el manejo de una amplia capacidad de simbolización, con lo que se supera el periodo prelingüístico previo de la concretización del pensamiento.

12. J. Saramago, *ibidem*.

13. G. Jennings, *El Viajero (Marco Polo)* (Barcelona: Editorial Planeta, 2003).

14. G. Jennings, *ibidem*.

El kan Kubilai dice lo siguiente: Toda tu vida has vivido de palabras, notario Shenning. A partir de ahora, comerás palabras. Se te encerrará en una celda solitaria y en cada comida te servirán únicamente trozos de papel con las palabras “carne”, “arroz”, y “pan” escritas sobre ellos. El kan Kubilai ha hablado¹⁵. (Se le acusaba de haber falsificado los libros mayores en beneficio propio y se le había declarado culpable).

Gracias al lenguaje se hace posible la *crítica* y gracias a esta hemos desarrollado la *cultura*¹⁶; en otras palabras, en la posibilidad de formular verbalmente radica el fundamento de la cultura humana.

Mi problema se presenta ante todo en la diferenciación del lenguaje humano y el de los animales. Buhler llamó la atención sobre el hecho, de que todos los animales, incluido yo, se *expresan* de un modo u otro. Cuando un cerdo gruñe, expresa con sus gruñidos un estado interno. Los animales se expresan y esa expresión suya puede considerarse hasta cierto punto un lenguaje. Ese es, según Buhler, el nivel más bajo del lenguaje, que, al realizarse, resulta siempre significativo, aunque, eso sí, no llegue a alcanzar el nivel humano. Tenemos luego un segundo nivel, que él denomina *función apelativa* del lenguaje. Ello quiere decir que, cuando estoy hablando, estoy de hecho esperando que mis palabras repercutan en ustedes, mis oyentes, y les hagan reaccionar ante lo que digo. Se trata de la función *apelativa o función de comunicación*, que tiene un papel significativo incluso entre los animales. A este respecto, lo más importante en su caso son las *señales o gritos de alarma*. Y también los gritos de reclamo, cuya función es, por ejemplo, atraer a una pareja sexual. Este es el segundo nivel, que se produce en todos los animales y significa una comunicación entre dos organismos diversos. Konrad Lorenz tiene razón sin duda al subrayar que esta función está en el hombre mucho más desarrollada que en los animales. El lenguaje humano es el que trasciende definitivamente las funciones de expresión y comunicación y alcanza la de *representación*. El lenguaje humano es capaz de describir cosas sucedidas hace miles de años. Es capaz de hablar hoy en día del asesinato de Julio César, o de describirnos cosas que tendrán lugar dentro de un año, o de cien o de mil; de la explosión, por ejemplo, de una nebulosa en la Vía Láctea. Es capaz de describir cosas totalmente abstractas, como en el caso de las matemáticas. En una palabra, no se limita a gritos de

15. G. Jennings, *ibidem*.

16. K. Popper, *op. cit.*

alarma o de reclamo, que sirven para el momento inmediato, sino que en su formulación deja de estar vinculado al momento de su realización hablada. Y lo que es más, puede ante todo establecer teorías; y una vez establecidas, criticarlas.¹⁷

Bases biológicas de la función

El lenguaje es un PAF –patrón de acción fijo– premotor íntimamente relacionado con la actividad de los *ganglios basales*.

En el *hemisferio cerebral izquierdo* se localizan las principales funciones del lenguaje verbal. El lenguaje tiene dominancia cerebral cortical izquierda en el 97% de los casos. La plasticidad del SNC de los niños permite dominancia del hemisferio derecho, cuando ha ocurrido daño en el izquierdo.

Mientras el hemisferio izquierdo se hace cargo de la mayoría de los aspectos del lenguaje, el hemisferio derecho es el encargado de la *prosodia* (entonación de la voz e inflexiones del discurso), la cual aporta información adicional y da *tono emocional* a la *comunicación verbal*.

Su lesión condiciona la aparición del *Síndrome de Asperger* consistente en la incapacidad de procesar información extralingüística, lo que produce a su vez una conducta automática, inapropiada, mecánica y poco fluida¹⁸.

Existen dos grandes áreas especializadas en el lenguaje: el *área sensorial o de Wernicke* (áreas 39 y 40) en el *lóbulo parietal*, y el *área motora o de Broca* (áreas 44 y 45 de Brodman), intercomunicadas por el *fascículo longitudinal superior* (Arqueado) en la *sustancia blanca*.

Existen también áreas igualmente especializadas pero menos extensas, según la variante comunicativa o del lenguaje utilizada: al leer se aumenta la actividad de la *corteza visual*; en el lenguaje silencioso, la actividad de la *corteza motora suplementaria*; para la recuperación de la palabra, la actividad del *tálamo*; y en la planificación y articulación, la actividad del *núcleo caudado*. Las *áreas posteriores parieto-temporo-occipitales* están en relación con la comprensión del lenguaje, mientras que las *anteriores, frontales*, están más en relación con la expresión del mismo.

Asignar “una palabra para una cosa” y “un significado para cada palabra” implica una tarea cerebral compleja. De una parte, los significados de

17. K. Popper, *ibidem*.

18. E. Goldberg, *The Wisdom Paradox* (New York: Gotham Books, 2006).

los diferentes tipos de palabras *están codificados en diferentes partes de la corteza*. Es decir, la cartografía cortical del lenguaje está distribuida en diferentes partes de la corteza, así: la representación cortical de “*palabras para designar objetos*” está ligada a la representación cortical de los *propios objetos*; la representación cortical de las “*palabras para representar acciones*” está ligada a la representación cortical de las *propias acciones*; la representación cortical de “*objetos*” y la representación cortical de “*significados de palabras que denotan objetos*”, están altamente distribuidas en la corteza, y las características de dichas representaciones se almacenan próximas a las *áreas sensorial o motora, que son relevantes en la adquisición de información que define a dichos objetos*¹⁹.

Funcionamiento psicológico normal en la vida cotidiana

Cada idioma tiene ritmos y entonaciones características, y estar consciente de ello es un paso importante en la adquisición de un lenguaje. Se nace con la capacidad de distinguir los ritmos singulares del idioma y esta capacidad se desarrolla aun antes de que se tenga la capacidad de comprender los significados del mismo.

La posibilidad de adquisición y retención con eficiencia de los fonemas característicos de determinado idioma, a menos que se aprendan en un periodo particular, se pierde de manera irreversible. De ahí se deduce que es posible aprender un idioma, pero a costa de la capacidad de aprender otros idiomas con la misma eficiencia²⁰.

El lenguaje solo se puede comprender y emitir a cierta velocidad; si la rapidez del habla se incrementa por solo diez veces, su comprensión o emisión resultará imposible²¹.

Las alteraciones del lenguaje hablado, escrito, mímico, leído o silencioso condicionan alteraciones de la comunicación.

Dado que lenguaje y comunicación son procesos evolutivos y de aprendizaje, estos presentan particularidades específicas según la edad, la cultura, la educación, la escolaridad y las circunstancias ambientales o particulares del individuo.

Normalmente se aprende a seleccionar y utilizar todas las modalidades de *lenguaje verbal y no verbal efectivos* y útiles para la comunicación. Esta, en su

19. E. Goldberg, *El cerebro ejecutivo: Lóbulos frontales y mente civilizada* (Barcelona: Editorial Crítica, 2002).

20. Kuhl, 2000; Logan, 1991, en R. Llinás, *óp. cit*

21. R. Llinás, *op. cit*.

forma más lograda, es por esencia *simbólica*, basada en la *conceptualización previa* y *capaz de representar y describir cosas independientes del tiempo de su ejecución*.

El *lenguaje escrito* y el *leído* son ejemplos claros de la utilización de *códigos abstractos* e implican necesariamente una aceptable capacidad de simbolización.

Abstracción y simbolización (funciones cognitivas) implican superar la capacidad comunicativa propiamente dicha y se requieren para alcanzar *niveles de representación*.

Hay múltiples lenguajes, entre los que sobresalen el lenguaje propio de los sueños, el de la expresión del inconsciente y el del proceso primario²².

De todas maneras, la finalidad del lenguaje es la comunicación y la expresión del pensamiento. Por tanto, siempre se ha de valorar el desarrollo psicomotor específico de estas funciones: “Puedes aplastar a una persona con el peso de tu lengua” (sabiduría japonesa).

Psicopatología

La *anomia* es la pérdida del uso de palabras, sin daño específico del aparato fonatorio. Es síntoma precoz de la enfermedad de *Alzheimer*.

Trastornos de la fonación o disfasias

Son alteraciones de la *tonalidad de la voz*, con *aumento* en los estados de agitación (tendencia a hablar a gritos); *disminución* en los cuadros depresivos (tendencia a hablar en susurros); *ausencia* (en la afonía histérica) y *monótono* (tendencia a no utilizar inflexiones de voz en las demencias).

Una variante semiológica es la *disprosodia* en la cual hay pérdida de los aspectos melódicos del discurso haciéndolo monótono o de pocas inflexiones de voz, restándole emocionalidad. Es producido por lesiones menores del hemisferio no dominante²³.

Las palabras no son nada sin el tono. Una palabra escrita es una palabra muda.

La lectura le da la voz.²⁴

22. J. Garcandía [Comunicación personal] (Bogotá, 2000).

23. J. Wiener, *Behavioral Science* (Baltimore: William & Wilkins, 1990).

24. J. Saramago, *Historia del cerco de Lisboa* (Bogotá: Casa Editorial El Tiempo, 2001).

Trastornos de la articulación o disartrias

Son trastornos en la articulación de las palabras por alteración de los órganos fonatorios o de la innervación central o periférica de dichos órganos.

Para su evaluación recurrimos a palabras o frases de difícil pronunciación, abundantes en consonantes: tres mil trescientos treinta y tres; irrevocable, tercera brigada de artillería, etc.

Las disartrias pueden ser centrales y periféricas, según sea el sitio de la lesión: lesión piramidal a nivel de la cápsula interna, lesiones cerebelosas, Parkinson, síndromes estriados, parálisis bulbar o pseudobulbar.

Trastornos del ritmo del lenguaje o disfemias

Pueden ser:

- *Tartamudez o espasmodia*: alteración en el ritmo de la locución por repeticiones de letras en el principio de las palabras, que conlleva a bloqueos en el discurso.

El anciano me tomó de los hombros.

—De paso te diré una cosa, Claudio. Soy un hombre muy viejo (...) dentro de tres días estaré muerto, y lo sé. Antes de morir aparece en uno una extraña lucidez. Uno habla proféticamente. ¡Pues escúchame! ¿Quieres vivir una larga vida de trabajo, con honores al final de la misma?

—Sí.

—Entonces, exagera tu cojera, tartamudea deliberadamente, finge frecuentes enfermedades, deja que tu juicio parezca errático, bambolea la cabeza y retuércete las manos en todas las ocasiones públicas. Si pudieras entender tanto como yo entiendo, sabrías que ésa es tu única esperanza de seguridad y de gloria eventual.

Tres días después Polio murió.

—¿Qué haces últimamente, sobrino? preguntó Tiberio.

Balbuocé que escribía una historia de los antiguos etruscos, si eso le parecía bien.

—¿De veras? —respondió— ¿Qué más haces?

—E-e-e-escribo una historia de los antiguos c-c-c-c-cartagineses, si te parece bien.

—¡Espléndido! ¿Y qué más? No tardes tanto con el tartamudeo. Soy un hombre ocupado.

—En este m-m-m-momento estoy...

—¿Iniciando una historia del P-P-País de los T-T-T-Tontos?

—N-n-n-no, señor, a-a-a-apostando a los Escarlata.²⁵

- *Farfalleo*: alteración del ritmo que consiste en hablar muy de prisa, “comiéndose las palabras”.
- *Logoclonia*: alteración del ritmo de la locución por *reiteración* verbal de una sílaba de la palabra.

No hace mucho fui conocido de mis parientes, amigos y colaboradores como “Claudio el idiota” o “ese Claudio”, o “Clau- Clau- Clau- Claudio” o cuando mucho, como el “pobre tío Claudio” (...) Hace poco menos de dieciocho años fui a Cumas, en Campania, y visité a la sibila en su risco del monte Gauro. Amaltea (...) tenía un hermoso rostro de demente, de alta frente, y estaba sentada tan inmóvil como Deófoba. Pero tenía los ojos cerrados.

—Oh Sib... Sib... Sib... Sib... Sib... —comencé a decir.

Ella abrió los ojos, frunció el ceño y me remedó:

—Oh, Clau... Clau.. Clau...

Eso me avergonzó (...) Dije entonces, con gran esfuerzo:

—Oh, Sibila; he venido a interrogarte en cuanto al destino de Roma y el mío.

El rostro de la mujer cambió de manera gradual, el poder profético se apoderó de ella, se retorció y jadeó (...) La sibila musitó un verso con la voz del dios:

La que gime bajo la púnica maldición

Y se ahoga bajo el peso de su oro,

antes de sanar, aún más enfermará.

Luego agitó los brazos sobre la cabeza y continuó:

Diez años y cincuenta y tres días,

y Clau-Clau-Claudio recibirá

un regalo que todos codician menos él.

Más cuando haya enmudecido y ya no esté

—mil novecientos años, más o menos—,

Clau-Clau-Claudio hablará con claridad.²⁶

25. R. Graves, *Yo, Claudio* (Madrid: Alianza Editorial S.A., 1988).

26. R. Graves, *ibidem*.

Trastornos del habla

- *Afasis*: son trastornos en los que la expresión y recepción del código simbólico del lenguaje, hablado y escrito, proceden de una lesión en el área del lenguaje en el *hemisferio izquierdo*, y se traducen en la dificultad para seleccionar la palabra apropiada que designe lo que queremos comunicar.

Los sujetos afásicos no solo tienen dificultad para hablar o escribir, sino ser mudos ni tener trastorno motor del aparato vocal, sino también para comprender las palabras que oyen o ven (leen) sin estar sordos ni ciegos²⁷, lo cual establece la distinción entre los trastornos de la emisión de las palabras (*elemento motor o apráxico de la afasia*) y los trastornos de comprensión de las palabras (*elemento sensorial o agnóstico de la afasia*).

- *Afasia motora cortical, o afasia de Broca*: el área de Broca (*áreas 44 y 45*) modula y coordina los músculos implicados en el habla e interviene en el orden y la secuencia correctos de palabras y frases. El daño en esta área se caracteriza por una pérdida del componente motor de la palabra, con imposibilidad de hablar espontáneamente, de repetir lo oído o de leer en voz alta. Apenas si hablan. Son falsos mudos.
- *Afasia sensorial cortical, afasia de comprensión o afasia de Wernicke*: el área de Wernicke (*áreas 39 y 40*) es el área de control del lenguaje, el entendimiento y la formación de conceptos. El daño en esta zona se caracteriza por la pérdida del componente sensorial auditivo de la palabra. Falla no solo la comprensión de lo oído, sino también de los sonidos elementales que constituyen las palabras, sílabas o fonemas (*sordera verbal*). Hay incapacidad para repetir lo que se oye. No cesan de farfullar una incomprensible jerga. No entienden lo que se les dice. La lectura les es casi imposible con una marcada dificultad en la comprensión de lo leído, y hay también dificultad para escribir.
- *Afasia total*: combinación de las anteriores por lesión en el área de la *arteria silviana*.

27. J. Suros et al., *Semiología médica y técnica exploratoria* (Barcelona: Salvat, 1984).

- *Otras*: las áreas de Broca y de Wernicke se comunican a través del Haz Arqueado (de fibras auditivas y visuales), cuyo daño condiciona la *afasia de conducción*.

Existen otro tipo de afasias expresivas (*afasia atáxica*), que comprenden las de los complejos motores en las que hay pérdida de la capacidad de llevar a cabo movimientos coordinados de labios, lengua, laringe, aunque no haya parálisis de ninguno de los músculos implicados, y en términos correlativos algo similar ocurre en la *agrafia*, con lesión probable de *lóbulo frontal*.

... y tuve ataques de afasia, repentinos vacíos mentales que me ponían en ridículo. Si me aparecía en mitad de una frase, la terminaba como me era posible. El resultado más desdichado de esta debilidad fue que hice un embrollo de mis deberes de sacerdote de Augusto, que hasta entonces había cumplido sin dar a nadie motivos de queja. En Roma hay una antigua costumbre según la cual, si uno comete un error en el ritual de un sacrificio o de cualquier otro servicio religioso, hay que comenzar de nuevo. Ahora sucedía con frecuencia que cuando estaba oficiando me perdía en medio de una oración y continuaba repitiendo las mismas frases dos o tres veces, antes de darme cuenta de lo que hacía; o tomaba el cuchillo de pedernal para cortar el cuello a la víctima antes de salpicarle la cabeza con la harina y la sal rituales... Y entonces, por supuesto, había que volver a empezar. Resultaba tedioso hacer tres o cuatro tentativas en un servicio antes de concluirlo a la perfección, y la congregación se agitaba y se mostraba inquieta en esos casos. Al cabo le escribí a Tiberio, que era el Sumo Pontífice, y le pedí que me relevase de todos mis deberes religiosos por un año, por motivos de mala salud. Me concedió la petición sin comentarios.²⁸

Trastornos del curso

- *Taquilalia*: tendencia a hablar en forma rápida y atropellada, cuyo extremo lo constituye la *logorrea*, típica de la agitación maníaca. Una modalidad la constituye la *cantaleta*, como torrente incontenible de desahogos y reproches:

Empezó una mañana como el monótono bordón de una guitarra, y que a medida que avanzaba el día fue subiendo de tono, cada vez más rico, más espléndido. Aureliano Segundo no tuvo conciencia de la cantaleta hasta el día

28. R. Graves, *op. cit.*

siguiente, después del desayuno, cuando se sintió aturdido por un abejorreo que era entonces más fluido y alto que el rumor de la lluvia, y era Fernanda que se paseaba por toda la casa doliéndose de que la hubieran educado como una reina para terminar de sirvienta en una casa de locos, con un marido holgazán, idólatra, libertino, que se acostaba bocarriba a esperar que le llovieran panes del cielo, mientras ella se destroncaba los riñones tratando de mantener a flote un hogar emparapetado con alfileres, donde había tanto que hacer, tanto que soportar y corregir desde que amanecía hasta la hora de acostarse, que llegaba a la cama con los ojos llenos de polvo de vidrio y, sin embargo, nadie le había dicho nunca buenos días, Fernanda, qué tal noche pasaste, Fernanda, ni le habían preguntado aunque fuera por cortesía por qué estaba tan pálida ni por qué se despertaba con esas ojeras de violeta, a pesar de que ella no esperaba, por supuesto, que aquello saliera del resto de una familia que al fin y al cabo la había tenido siempre como un estorbo, como el trapito de bajar la olla, como un monigote pintado en la pared, y que siempre andaban desbarrando contra ella en los rincones, llamándola santurróna, llamándola farisea, llamándola lagarta, y hasta Amaranta, que en paz descansa, había dicho de viva voz que ella era de las que confundían el recto con las ténporas, bendito sea Dios, qué palabras, y ella había aguantado todo con resignación por las intenciones del Santo Padre, pero no había podido soportar más cuando el malvado de José Arcadio Segundo dijo que la perdición de la familia había sido abrirle las puertas a una cachaca, imagínese, una cachaca mandona, válgame Dios, una cachaca hija de la mala saliva, y se refería a nadie menos que a ella, la ahijada del Duque de Alba, una dama con tanta alcurnia que le revolvió el hígado a las esposas de los presidentes, una fijodalga de sangre como ella que tenía derecho a firmar con once apellidos peninsulares, y que era el único mortal en ese pueblo de bastardos que no se sentía emberenjenado frente a dieciséis cubiertos, para que luego el adúltero de su marido dijera muerto de risa que tantas cucharas y tenedores, y tantos cuchillos y cucharitas no era cosa de cristianos, sino de ciempiés, y la única que podía determinar a ojos cerrados cuándo se servía el vino blanco, y de qué lado y en qué copa, y cuándo se servía el vino rojo, y de qué lado y en qué copa, y no como la montuna de Amaranta, que en paz descansa, que creía que el vino blanco se servía de día y el vino rojo de noche, y la única en todo el litoral que podía vanagloriarse de no haber hecho del cuerpo sino en bacinillas de oro, para que luego el coronel Aureliano Buendía, que en paz descansa, tuviera el atrevimiento de preguntar con su mala bilis de masón de dónde había merecido ese privilegio, si era que

ella no cagaba mierda, sino astromelias, imagínense, con esas palabras, y para que Renata, su propia hija, que por indiscreción había visto sus aguas mayores en el dormitorio, contestara que de verdad la bacinilla era de mucho oro y de mucha heráldica, pero que lo que tenía dentro era pura mierda, mierda física, y peor todavía que las otras porque era mierda de cachaca, imagínese, su propia hija, de modo que nunca se había hecho ilusiones con el resto de la familia, pero de todos modos tenía derecho a esperar un poco más de consideración de parte de su esposo, puesto que bien o mal era su cónyuge de sacramento, su autor, su legítimo perjudicador, que se echó encima por voluntad libre y soberana la grave responsabilidad de sacarla del solar paterno, donde nunca se privó ni se dolió de nada, donde tejía palmas fúnebres por gusto de entretenimiento, puesto que su padrino había mandado una carta con su firma y el sello de su anillo impreso en el lacre, solo para decir que las manos de su ahijada no estaban hechas para menesteres de este mundo, como no fuera tocar el clavicordio y, sin embargo, el insensato de su marido la había sacado de su casa con todas las admoniciones y advertencias y la había llevado a aquella paila de infierno donde no se podía respirar de calor, y antes de que ella acabara de guardar sus dietas de Pentecostés ya se había ido con sus baúles trashumantes y su acordeón de perdulario a holgar en adulterio con una desdichada a quien bastaba con verle las nalgas, bueno, ya estaba dicho, a quien bastaba con verle menear las nalgas de potranca para adivinar que era una, que era una, todo lo contrario de ella, que era una dama en el palacio o en la pocilga, en la mesa o en la cama, una dama de nación, temerosa de Dios, obediente de sus leyes y sumisa a sus designios, y con quien no podía hacer, por supuesto, las maromas y vagabundinas que hacía con la otra, que por supuesto se prestaba a todo, como las matronas francesas, y peor aún, pensándolo bien, porque estas al menos tenían la honradez de poner un foco colorado en la puerta, semejantes porquerías, imagínese, ni más faltaba, con la hija única y bienamada de doña Renata Argote y don Fernando del Carpio, y sobre todo de este, por supuesto, un santo varón, un cristiano de los grandes, Caballero de la Orden del Santo Sepulcro, de esos que reciben directamente de Dios el privilegio de conservarse intactos en la tumba, con la piel tersa como raso de novia y los ojos vivos y diáfanos como las esmeraldas.

—Eso si no es cierto —la interrumpió Aureliano Segundo—, cuando lo trajeron yaapestaba.

Había tenido la paciencia de escucharla un día entero, hasta sorprenderla en una falta. Fernanda no le hizo caso, pero bajó la voz. Esa noche, durante la

cena, el exasperante zumbido de la cantaleta, había derrotado al rumor de la lluvia". (...) En el desayuno del día siguiente (...) cuando su marido preguntó si no sería posible comerse un huevo tibio, ella no contestó simplemente que desde la semana anterior se habían acabado los huevos, sino que elaboró una violenta diatriba contra los hombres que se pasaban el tiempo adorándose el ombligo y luego tenían la cachaza de pedir hígados de alondra en la mesa. (...) En la tarde, mientras los niños hacían la siesta, Aureliano Segundo se sentó en el corredor, y hasta allá lo persiguió Fernanda, provocándolo, atormentándolo, girando en torno de él con su implacable zumbido de moscardón, diciendo que, por supuesto, mientras que ya no quedaban más que piedras para comer, su marido se sentaba como un Sultán de Persia a contemplar la lluvia, porque no era más que eso, un mampolón, un mantenido, un bueno para nada, más flojo que el algodón de borla, acostumbrado a vivir de las mujeres, y convencido que se había casado con la esposa de Jonás, que se quedó tan tranquila con el cuento de la ballena. Aureliano Segundo la oyó más de dos horas, impasible, como si fuera sordo. No la interrumpió hasta muy avanzada la tarde cuando no pudo soportar más la resonancia de bombo que le atormentaba la cabeza. —Cállate ya, por favor —suplicó. Fernanda, por el contrario, levantó el tono. “No tengo por qué callarme”, dijo. “El que no quiera oírme que se vaya”.²⁹

- *Bradilalia*: enlentecimiento patológico del discurso, característico de los cuadros de depresión. Su extremo lo constituye el mutismo.
 - *Mutismo*: suspensión de la expresión verbal sin que estén afectadas las capacidades del lenguaje.
 - ✓ *Mutismo por inhibición*: obedece a un enlentecimiento o inhibición de la función psicológica. Frecuente en la melancolía y en la esquizofrenia catatónica. En los cuadros demenciales es producto del deterioro cognitivo y la consiguiente pobreza ideativa.
 - ✓ *Mutismo por oposición*: es consciente y por negativismo. Suele ser selectivo y lleva implícito un gran monto de agresividad pasiva. También se observa como síntoma histérico.

29. G. García Márquez, *Cien años de soledad* (Buenos Aires: Suramericana, 1967).

Cuando ella no le habla a él la casa se pone pesada y fría y sabemos que tampoco nosotros debemos hablarle por miedo a que ella nos mire con esa cara agria. Sabemos que papá se ha portado mal y sabemos que uno puede hacer sufrir a cualquiera dejando de hablarle. Hasta Michel sabe que cuando papá se ha portado mal no se le puede hablar del viernes hasta el lunes y que cuando trata de subirlo a sus rodillas hay que correr donde mamá.

(...)

La abuela no le habla a mamá por lo que yo le hice a Dios en el patio de atrás. Mamá no le habla a su hermana, la tía Aggie, ni a su hermano el tío Tom. Papá no le habla a nadie de la familia de mamá y ellos no le hablan a él porque es norteño y tiene ese modo de ser raro. Nadie le habla a la mujer de Tom, Jane, porque es de Galway y tiene cara de española. Todo el mundo le habla al hermano de mamá, el tío Pat, porque lo dejaron caer de cabeza, es zonzo y vende periódicos. Todo el mundo le habla al tío Pat Keating porque le echaron gas en la guerra y se casó con la tía Aggie y si no le hablaran a él le importaría un pedo de violinista de todas formas.

(...)

El tío Tom y Jane la de Galway tienen hijos pero se supone que no debemos hablarles porque nuestros padres no se hablan, y mamá nos grita por hablarles pero nosotros no sabemos cómo no hablarles a los primos. Las familias de los callejones de Limerick tienen sus modos de no hablarse y eso toma años de práctica. Hay gente que no se habla porque sus padres lucharon en bandos opuestos durante la guerra civil de 1922. Si un hombre se enlista en el ejército inglés su familia bien puede ir mudándose a otra parte de Limerick donde haya familias con hombres en el ejército inglés. Si alguien de tu familia les mostró la más mínima amistad a los ingleses en los últimos ochocientos años eso va a salir a colación y te lo van a echar en cara y bien podrás ir mudándote a Dublín donde a nadie le importa.

(...)

En cada callejón siempre hay alguien que no le habla a alguien o todos no le hablan a alguien o alguien no le habla a nadie. Uno se da cuenta cuando la gente no se habla por la forma como se cruzan en la calle. Las mujeres empuñan la nariz, aprietan la boca y voltean la cara. Si la mujer lleva un chal, toma una punta y se la arroja sobre el hombro como diciendo: Una palabra o una mirada tuya, perra loca, y te arranco la expresión de la cara.³⁰

30. F. McCourt, *Las cenizas de Ángela* (Bogotá: Editorial Norma, 1997).

Trastornos por repetición

- *Palilalia*: repetición sistemática de la última palabra de la frase.

Frase

- *Ecolalia*: repetición automática de lo que se acaba de oír.

Entre esas amantes cruelmente rechazadas por Narciso, se hallaba la ninfa Eco, quien ya no podía utilizar su voz sino para repetir tontamente los gritos ajenos, lo que constituía un castigo por haber entretenido a Hera con largos relatos, mientras las concubinas de Zeus, las ninfas de la montaña, eludían su mirada celosa y hacían su escapatoria. Un día en que Narciso salió para cazar ciervos, Eco le siguió a hurtadillas a través del bosque sin senderos con el deseo de hablarle, pero incapaz de ser la primera en hablar. Narciso gritó:

—¿Está alguien por aquí?

—¡Aquí! —repitió Eco, lo que sorprendió a Narciso, pues nadie estaba a la vista.

—¡Ven!

—¡Ven!

—¿Por qué me eludes?

—¿Por qué me eludes?

—¡Unámonos aquí!

—¡Unámonos aquí! —repitió Eco, y corrió alegremente del lugar donde estaba oculta a abrazar a Narciso. Pero él sacudió la cabeza rudamente y se apartó:

—¡Moriré antes de que puedas yacer conmigo! —gritó.

—Yace conmigo —suplicó Eco.

Pero Narciso se había ido, y ella pasó el resto de su vida en cañadas solitarias, consumiéndose de amor y mortificación, hasta que solo quedó su voz.³¹

- *Coprolalia*: emisión reiterativa de palabras obscenas que no añaden riqueza conceptual ni de significados complementarios al discurso.

Se le ha asociado con una excesiva actividad dopaminérgica³².

No hay nada en el mundo como una buena comilona de manzanas, un trago de agua y una buena cagada, mejor que cualquier sámbuche de queso con mostaza, y que Puntico O'Neill se meta su manzana por el culo. (...) Hay veces

31. R. Graves, *Los mitos griegos* (Madrid: Alianza Editorial S. A., 1988).

32. A. W. Flaherty, "Frontotemporal and Dopaminergic Control of Idea Generation and Creative Drive", in *J Comp Neurol*, 493(1): 147-153 (Dec. 5, 2005).

que uno no sabe si cagar o desmayarse. (...) Así me gustaría ser a mí en este mundo, un gaseoso, que todo me importara el pedo de un violinista, y se lo cuento al Ángel del Séptimo Peldaño hasta que me acuerdo que no se debe decir pedo en presencia de un ángel.³³

Una variante no necesariamente psicopatológica la constituye la jerga de determinadas subculturas que constituyen un *argot*:

Este es su fusil, óigame bien, su fusil, no su maldita arma, dígame arma y se lo embuto por el culo, su fusil, soldado, su pieza, ¿entiende? La puta pieza se agarra como se agarra a una mujer, no, hay que apretarla más que a una mujer. Déjelo caer y lo amarramos del culo. Déjelo caer y considérese en el puto calabozo. Un fusil caído es un fusil que puede dispararse, que puede volarle el culo a alguien. Si eso pasa, niñas, considérense muertas, reputadamente muertas.

(...)

Llegas a la tropa lleno de cagadas sabihondeces, te crees la gran mierda, pero el ejército ha existido toda la vida desde los tiempos de Julio puto César y saben cómo lidiar con los reclutas culicagados altaneros. Le importas la misma mierda al ejército, porque ellos te dicen qué pensar, qué sentir, qué hacer, cuándo cagar, mear, peer o apretarte las putas espinillas, y si no te gusta eso le puedes escribir a tu congresista, anda, y cuando nos enteremos de eso te vamos a patear ese culito blanco de una punta de Fort Dix a la otra jodida punta y vas a berrear que vengan a salvarte tu mamá, tu hermana, tu novia y la puta de la calle vecina.

(...)

Bueno, chicos, cierren el triste culo, apaguen la luz, ni un cagado ruido o los mando a mondar papas en menos de lo que dura el pedo de una puta.³⁴

Manerismos del lenguaje

Son emisiones de palabras parásitas al discurso, de connotación psicopatológica similar a lo que son las *estereotipias*, los manierismos motores, la sonrisa de Mona Lisa de los esquizofrénicos, las posturas afeminadas o falsamente aristocráticas, o de indiferencia altiva, que aumentan la expresividad del discurso.

33. F. McCourt, *op. cit.*

34. F. McCourt, *¡Ajá! Sí lo es* (Bogotá: Editorial Norma, 1999).

Pero, para venir al asunto, como digo, esta señora Elbow, estando encinta, como digo, y con un vientre grueso, tenía antojos de ciruelas, como he dicho, y como no había más que dos en el plato, como he dicho, el señor Froth, aquí presente, este mismo hombre, habiéndose comido las otras, como he dicho, y habiéndolas pagado, como digo, honradísimamente; porque, como sabéis.³⁵

Alteraciones gramaticales y sintácticas: agramatismo

Vizcaíno manos bésame vuesa merced, que mándeme.

Dice el señor vizcaíno que besa las manos de vuesa merced y que le mande.

Pareces buena, hermosa; también noche esta cenamos; cadena quedas duermas; nunca basta que doyla.

Dice mi compañero que vuesa merced le parece buena y hermosa; que se apareje la cena; que él da la cadena aunque no duerma acá; que basta que una vez la haya dado.³⁶

- *Lenguaje telegráfico*: cuando en el lenguaje se suprimen en forma patológica la mayor parte de los pronombres y conjunciones.

Mañana esa temprano Estación Sabana. Urge giro pago estudios. Besos Manuela.

- *Lenguaje de “hablar como los indios”*: el uso patológico de todos los verbos principalmente en infinitivo.

Tú comer mucho y no engordar; él desear aprender para formular y sanar. Yo querer estudiar.

- *Parasintaxis*: presentación anárquica de frases sin orden sintáctico que conducen a una total incoherencia del discurso.

Dulce conmigo vino y agua llamas bueno; santo le muestras; esta le bebo y otra también.

Dice que con lo dulce también bebe vino como agua, y que este vino es de San Martín, y que beberá otra vez.³⁷

35. W. Shakespeare, *Medida por medida* (Madrid: Aguilar, 1988).

36. M. de Cervantes, “El vizcaíno fingido”, en *Obras completas*. Madrid: Aguilar S.A., 1967.

37. M. de Cervantes, *ibidem*.

Alteraciones de la comprensibilidad del lenguaje

- *Glosolalia*: utilización sistemática de neologismos y formas sintácticas anormales, produciendo un pseudolenguaje incoherente.

Desencializadamente, cada vez que haiga un ajedrezalo, antes del Qué de su aquí y la coloque.

- *Neologismos*: creación patológica de nuevas palabras con un significado que solo conoce y comprende el propio sujeto que las crea, y por tanto no cumplen función comunicativa.

Gibreel estaba seguro, porque ¿acaso no crecían sus poderes día a día, no era él aquel que, recuperada su gloria, arrojaría al adversario nuevamente a las Negras Profundidades? Ese nombre... ¿cómo era? Tch-no sé cuántos. Tchu Tche Tchín Tchou. Tranquilo. Cada cosa en su momento.³⁸

- *Verbigeración*: repetición anárquica de palabras u oraciones que invaden el discurso sin propósito comunicativo. Este síntoma, descrito por Kahlbaum en 1874, como una manera de hablar incomprensible, ha desaparecido de la mayor parte de los textos.

Amaranta se sintió tan incómoda con su dicción viciosa, y con su hábito de usar un eufemismo para designar cada cosa, que siempre hablaba delante de ella en jeringonza.

—Esfetafa —decía— esfe defe lasfa quefe lesfe tifiefenenfe asfacofo afa sufu propofiafa mierfedafa.

Un día, irritada con la burla, Fernanda quiso saber qué era lo que decía Amaranta, y ella no usó eufemismos para contestarle.

—Digo —dijo— que tú eres de las que confunden el culo con las témporas.

Desde aquel día no volvieron a dirigirse la palabra. Cuando las obligaban las circunstancias, se mandaban recados, o se decían las cosas indirectamente.³⁹

- *Musitación*: movimiento de labios con emisión de sonidos de tono muy bajo que impiden la comprensión.

38. S. Rushdie, *Los versos satánicos* (Barcelona: Seix Barral, 1988).

39. G. García Márquez, *op. cit.*

en la cana a muchos les dio por escribir versos / a mí no / a mí me daba por cantar tangos sin volumen calladito calladito en completo silencio y qué bien me salían jamás un gallo.⁴⁰

- *Soliloquio*: discurso solitario “para uno mismo”, audible, acompañado generalmente de gestos y ademanes “como hacia un auditorio imaginario”.

el astutísimo neruda preguntaba en una de sus odas / ahora primavera dime para qué sirves y a quién sirves suerte que me acordé / para qué sirves / yo diría que para rescatarlo a uno de cualquier pozo / la sola palabra es como un ritual de juventud / y a quién sirves bueno mi modesta impresión es que servís a la vida / por ejemplo pronuncio simplemente primavera y me siento viable animoso viviente / parece que moví los labios cuando pronuncé primavera porque el de mi derecha me mira con alarma / pobre / tengo la impresión de que solo sabe decir invierno / y además yo podría haber estado rezando qué carajo todavía se usa /.⁴¹

Alteraciones del lenguaje de lectura y escritura

Generalmente son de causa orgánica. Implican fracaso de las capacidades de abstracción y simbolización.

- *Alexia*: pérdida de la capacidad ya adquirida de leer, causada por daño cerebral.
- *Dislexia*: dificultad para aprender a leer.
- *Paralexia*: frente a un estímulo escrito, el paciente emite una palabra parecida pero no la que aparece en el papel: puede leer “automóvil” como “coche”, o “infantil” como “niño”.
- *Agrafía*: pérdida de la capacidad ya adquirida de escribir, causada por daño cerebral.
- *Disgrafía*: dificultad para aprender a escribir.

Trastornos del lenguaje mímico o preverbal

En forma cuantitativa puede haber alteraciones por exceso o por defecto.

40. M. Benedetti, *Primavera con una esquina rota* (Barcelona: RBA Editores S.A., 1993).

41. M. Benedetti, *ibidem*.

- Las alteraciones cuantitativas por exceso se denominan *hipermimias* y consisten en la exageración habitual de ademanes y rasgos fisionómicos, cualquiera que sea el estado afectivo del paciente.
- Las alteraciones cuantitativas por defecto se denominan *hipomimias*, consisten en una disminución general y habitual de la mímica y de los rasgos fisionómicos. La alteración máxima se corresponde con la *amimia*, que implica inmovilidad de rasgos fisionómicos compatibles con la indiferencia absoluta o la “cara en máscara”.

Alteraciones cualitativas del lenguaje mímico o preverbal

- *Paramimias* o gesticulación inadecuada o no concordante con el estado emocional o con lo que se quiere comunicar.

Encantada de verlo de nuevo, señor Pantoja –se come todo con los ojos, se curva, perfuma el aire, pía la Brasileña– (...) abre los brazos, luce las axilas depiladas, se ríe la Brasileña (...) se sienta, se sube la falda, saca una polvera, se empolva la nariz, los hoyuelos de las mejillas la Brasileña (...) cruza los brazos, las piernas, hace dengues, guiños, se humedece los labios mientras habla la Brasileña (...) alza y baja los hombros, juega con sus dedos, agita las pestañas, cimbra el cuello, ondea los cabellos (...) frunce la nariz, las pestañas, entorna los párpados, incendia las pupilas.⁴²

- *Ecomimia*: repetición reiterada de gestos del interlocutor.

Formas de exploración y detección

En la evaluación psicopatológica del lenguaje y la comunicación siempre se han de tener en cuenta la edad, la condición cultural y educativa del paciente y las características generales del discurso y de lo preverbal.

El discurso espontáneo y las respuestas del paciente son la clave durante la entrevista para detectar alteraciones o validar las referidas, pues ellos permiten notar la voz, cadencia, fluidez, facilidad de nominar y comprensibilidad, entre otras.

Generalmente, las alteraciones de la articulación de las palabras (disartrias), del ritmo (disfemias), del habla (afasias) y de lectoescritura (alexias y agrafias) tienen causa primordialmente orgánica y, por tanto, para el clínico es mandatorio descartar organicidad.

42. M. Vargas Llosa, *Pantaleón y las visitadoras* (Barcelona: Seix Barral, 1985).

En las afasias motoras el paciente no puede articular y se siente frustrado; el habla es escasa o ausente y telegráfica.

En las afasias sensoriales el paciente articula bien, pero su discurso carece de sentido y no comprende.

En las afasias de conducción es igual que en la anterior, pero el paciente puede comprender y es consciente de su déficit.

En las afasias anómicas el paciente no puede nombrar objetos, pero puede describir su utilidad; usa excusas simples para justificar su déficit.

En las afasias globales hay una lesión amplia y un marcado deterioro, siendo el paciente inconsciente de sus déficits.⁴³

Estas alteraciones se evalúan en la entrevista por medio de pruebas, tales como nombrar y reconocer objetos comunes de la vida diaria del paciente, preguntarle el nombre de cada objeto que se le muestra y después el nombre de un objeto para que lo señale; luego que escriba el nombre del objeto señalado; que denomine y reconozca colores; que diga la hora y la marque; así mismo, a través de *pruebas psicométricas*.

Las alteraciones del curso, las de repetición de palabras, los manierismos del lenguaje y las alteraciones gramaticales y de comprensibilidad del lenguaje, aunque frecuentemente tienen causa psicógena también debe descartarse en ellas cualquier causa orgánica o ambiental y cultural.

43. J. Rundell y M. Wise, *Fundamentos de la psiquiatría de enlace* (Bogotá: Licitelco S.A., 2003).

Sinopsis

Fonación = disfasias

Articulación = disartrias

Ritmo = disfemias { Espasmo-fenias
Farfulleo
Logoclonia

Habla = afasias { Motora
Sensorial
Global

Curso { Por exceso = taqui-plalia { Logorrea
Por defecto = bradi-plalia { Mutismo { Por oposición
Por inhibición

Repetición { Palilalia
Ecolalia
Coprolalia

Manerismo del lenguaje

Agramatismos

Comprensibilidad del lenguaje { Glosolalia
Neologismo
Musitación
Soliloquio

Lectoescritura { Alexia / dislexia
Agrafía / disgrafia

Preverbal { Cuantitativa { Por exceso = hiper-mimia
Por defecto = hipomimia / amimia
Cualitativa { Paramimia
Ecomimia

Inteligencia

Hay cosas que solo la inteligencia es capaz de
investigar, pero que por sí misma
no encontrará jamás.
Estas cosas, el instinto las encontraría,
pero nunca las buscaría.

BERGSON

Definición y conceptos básicos

El *aprendizaje* es el proceso por el cual se adquieren nuevos conocimientos. Es un proceso cognitivo de interacción con la *experiencia* (la realidad), elemento fundamental del desarrollo de la inteligencia.

La *inteligencia* es una función psicológica compleja, de abstracción y de simbolización, y uno de los *productos funcionales mejor logrados del cerebro*.

De la *función operativa de la inteligencia* depende el desarrollo *en forma de hipótesis* y el desarrollo de *modelos de realidad* adecuados y posibles.

Con el concepto de inteligencia se asocian las llamadas *operaciones superiores del cerebro*. Para estas, la conciencia no es suficiente, “pues dichas operaciones presuponen un nivel de funcionamiento distinto, concretamente un *nivel reflexivo* que denominamos *autoconciencia* o *percepción interna* del ser vivo, no solo dentro de su mundo, cosa que correspondería a la conciencia, sino también frente al mundo”¹.

La inteligencia es resultante del normal funcionamiento de todo el aparato psicológico y de todas sus funciones cognitivas. Por tanto, la inteligencia no

1. K. Popper, “Los tres mundos”, en *El porvenir está abierto*. K. Popper y K. Lorenz (Barcelona: Tusquets Editores S.A., 1992).

es función autónoma; depende del funcionamiento de la conciencia, la orientación, la senso percepción, la atención, la memoria etc., por lo que se puede afirmar que hay un pensamiento inteligente, un lenguaje inteligente y una conducta inteligente, cuyo conjunto está dado por una persona inteligente.

Se creía que las actividades humanas más difíciles de reproducir artificialmente debían ser las más intelectuales y las más abstractas. Esto no es cierto. Lo que sí es verdad es que el conjunto de funciones psicológicas que determinan la conducta de la persona inteligente no se pueden simular por quien no es inteligente.

La *expresión de la inteligencia* está sobre el escenario de la conducta, en el contexto de la realidad. Con la inteligencia el hombre puede confrontar su realidad, puede enfrentar conflictos y asumir retos, y por tanto, solucionar problemas y adaptarse a la realidad.

Es mejor ser listo que tonto, si lo demás no varía.²

El individuo está adaptado a su medio en la medida en que enfrenta y soluciona conflictos, es decir, *la inteligencia es una función de adaptación a la realidad*.

Entendida así, la inteligencia no es una cualidad exclusivamente humana. El término "*inteligente*" implica al menos una estrategia que permita anticipar resultados, predecir eventos futuros, predecir el golpe antes de recibirlo, es decir, anticiparse a situaciones de las que depende la vida misma o realizar interacciones eficientes con el mundo externo que permitan tomar decisiones en el momento adecuado y que el cerebro ejecute mediante el movimiento, con precisión. En este sentido, todo ser vivo que haya sobrevivido en el proceso evolutivo ha tenido que adecuar estrategias exitosas de sobrevivencia³, que son la máxima expresión de la inteligencia (como el enfrentamiento de problemas, dificultades o conflictos, y la resolución de los mismos).

Desde la Ascidiaceae tunicada predecesora de nuestros propios ancestros cordados, a las abejas cuyo lenguaje fue el primero no humano que se logró descifrar y comprender, a la inteligencia de las hormigas que como un robot demuestra una increíble agilidad de cómputo con escasos miligramos de masa neuronal, incluso con menos masa que un microchip, al pulpo capaz de hazañas de inteligencia realmente extraordinarias capaz de aprender a manipular en

2. C. Sagan, *Cosmos* (Barcelona: Editorial Planeta, 1987).

3. E. Goldsmith, "Intelligence is Universal in life", in *Rev Biol*, 93 (3): 399-411 (Sep.-Dec., 2000).

forma compleja en un solo ensayo⁴, se va logrando una integración gradual, genéticamente determinada, de propiedades intrínsecas cerebrales, de *a priori* neurológicos, de *estados funcionales* que se traducen en la capacidad de conocer incluso qué no necesita aprenderse, lo cual representa una forma más elaborada de inteligencia.

En nuestro idioma, por ejemplo, diríais que Jane Wilkinson tiene los sesos de un mosquito; vive y se multiplica, ¿no? Eso, en la naturaleza es un signo de superioridad mental. La adorable lady Edgware no sabe una palabra de geografía ni de historia. Ni conoce a los clásicos, sans doute. El nombre de Lao Tse le parecería el de un perro pequinés, y el de Moliere, el de una *maison de couture*. Sin embargo, tratándose de escoger trajes o de realizar ventajosos casamientos y cuanto se refiera a sí misma, demuestra un talento formidable. A mí, la opinión de un filósofo acerca de quién mató a Lord Edgware no me serviría de nada, ya que muy pocos filósofos llegan a ser asesinos. Pero, en cambio, la encantadora opinión de lady Edgware me podría ser útil, puesto que estando tan a ras de tierra conoce indudablemente mejor al ser humano en su aspecto más despreciable.⁵

Actualmente se acepta la existencia de varios “tipos” de inteligencia, entendidos como el conjunto de *habilidades* (la visoespacial permite mayor habilidad para desarrollos artísticos, la lingüística potencia la facilidad de expresión, la kinestésica un mayor manejo de la corporalidad, la lógico-matemática una mayor conceptualización numérica y abstracta) que debidamente desarrolladas y adecuadamente asociadas a *aptitud* y *motivación*, perfilan el nivel intelectual y permiten predecir los lineamientos generales de un desempeño específico, cuya evaluación sirve, por ejemplo, para la orientación profesional o la selección de personal para el desempeño en un empleo.

La inteligencia permite al hombre evolucionar y mantener un dominio relativo sobre las fuerzas de la naturaleza. Todos los organismos, incluso los más elementales, están planteando y resolviendo problemas en cada paso actual y en cada momento evolutivo.

4. R. Ilinás, *El cerebro y el mito del Yo: El papel de las neuronas en el pensamiento y el comportamiento humano* (Bogotá: Editorial Norma, 2003).
5. A. Christie, *La muerte de Lord Edgware*, ebook (Gerson O. Su/341rez).

De la ameba a Einstein no hay más que un paso... pero... Existe una gran diferencia entre la ameba y Einstein, y es que Einstein se sitúa con una perspectiva crítica ante la solución que da a sus problemas.

El gallo no es capaz de criticar sus teorías.⁶

El gallo desde luego no reflexiona. En él no puede darse nunca una búsqueda de la propia identidad. Un gallo inferior recién desplumado tiene muy poco ego.⁷

Hay múltiples factores que determinan la inteligencia: la herencia juega un papel basal importante al fijar ciertos límites o condiciones dentro de los cuales se puede desarrollar la función; los factores del medio ambiente sociocultural y educativo, la posibilidad de tener figuras de identificación inteligentes; los factores propios del aprendizaje, incluidos el juego, la experimentación, el ensayo y el error; la estimulación perceptiva; las posibilidades de aprender en los escenarios sociales los valores de tolerancia, las diferencias culturales, la adquisición de buenos hábitos de salud, cómo aprender a saber perder o ganar o trabajar en equipo, cómo aprender la tolerancia a la frustración y la capacidad de espera o de aplazamiento, son ingredientes que permiten a un niño reconocer que existe más de una forma de enfrentar retos y de adaptarse en forma inteligente al medio.

También se acepta que la inteligencia es una función global evolutiva⁸, y por tanto susceptible de desarrollo, que corre pareja con la maduración del SNC, en la que el niño supera en algunos años las etapas o niveles que configuran la serie de lo que Ey denomina las infraestructuras de la inteligencia humana.

El aprendizaje juega un papel bidireccional en la inteligencia: por una parte es un factor indispensable para su desarrollo; por otra, para que haya aprendizaje debe darse algún tipo de inteligencia.

Heredamos de la filogenia la capacidad de reconocer que ciertas cosas son peligrosas, sin tener que aprenderlas ontogenéticamente. Por otra parte, el SNC atiende en particular a estímulos novedosos, convertidos en propios a través de la repetición: *lo que queda en la mente es lo que se repite*. Según Popper, hay dos tipos de aprendizaje totalmente distintos:

6. K. Popper, *op. cit.*

7. K. Lorenz, *El porvenir está abierto* (Barcelona: Tusquets Editores S.A., 1992).

8. J. Piaget. J. Piaget, *Psicopatología de la inteligencia* (Buenos Aires: Ed. Psique, 1977).

Por un lado está la aventura de aprender cosas nuevas, y por otro, el esfuerzo de relegar, por así decir, al subconsciente lo que ya se ha aprendido. Cuando se conduce un automóvil, uno *aprende a olvidar* lo que había aprendido y a prestar atención a las calles, para luego fijarse solo en las calles porque lo demás sale solo.

Cuando se toca el piano, al principio es terriblemente difícil coordinar los dedos con las notas: como que está uno aprendiendo una cosa nueva. Después, en cambio, una vez aprendida la novedad, intenta uno dedicarse únicamente a lo esencial: la idea del compositor.⁹

En los procesos intelectuales de nivel superior las funciones mecanizadas (la tabla de multiplicar como requisito imprescindible del cálculo) son condiciones *sine qua non* del pensamiento libre y de la percepción de la forma¹⁰.

El mundo de los *productos del intelecto* se corresponde con el mundo Tres que propone Popper: “En cuanto objeto físico, un libro pertenece al mundo uno. Pero su contenido pertenece al mundo tres. Las experiencias que tenemos al leer dichos escritos, experiencias psicológicas: el mundo dos. Cuando alguien dice ‘He leído la Biblia’, no quiere decir que ha pasado las hojas de un mamotreto pesado, sino que, de un modo u otro, ha captado su contenido. El contenido del mundo tres del libro”, el mundo de los *contenidos del pensamiento, la producción de las hipótesis y teorías y de los procesos culturales*. Es decir, el mundo abstracto que se desarrolla en un proceso de interacción con el intelecto humano y es, a la vez, su producto. “Los productos de nuestra actividad intelectual (nuestra lengua, nuestra escritura) ejercen un *feed back* tan fuerte sobre nuestro espíritu que es justo ahí donde podemos encontrar *la diferencia fundamental entre el alma humana y el alma animal*”¹¹.

El *deterioro* de la inteligencia es la pérdida progresiva e irreversible de las capacidades intelectuales y de la función cognitiva global. Normalmente se progresa a ella a través de todos los cambios de la involución senil, pero en forma patológica, aparece en ciertas condiciones que alteran el funcionamiento cerebral, bien sea en forma funcional o de manera estructural.

9. K. Popper, *op. cit.*

10. K. Lorenz, *op. cit.*

11. K. Popper, *op. cit.*

Bases biológicas de la función

No hay un centro topográfico cerebral que asiente la función “inteligencia”. Los principales centros de procesamiento se han ubicado alrededor de la actividad de los lóbulos *parietales* y *frontales*, y en el *cuerno cingulado anterior*.

Actualmente se acepta que las estructuras neurales son influenciadas por la experiencia. Este fenómeno de *plasticidad neuronal* es condición del desarrollo del aprendizaje. La *neuroplasticidad* es una respuesta al *aprendizaje* y a la *experiencia*. Entre más aprendemos y mejores experiencias tenemos, mayor capacidad de neuroplasticidad genera nuestro cerebro. En este sentido, somos responsables directos de nuestro propio desarrollo cerebral.

Los defectos del aprendizaje surgen por alteraciones en la interacción del sustrato neurobiológico (embriogénesis, maduración posnatal de estructuras neuronales y plasticidad neuronal) asiento de las funciones cerebrales superiores con las exigencias medioambientales y las habilidades del sujeto para enfrentarlas y superarlas.

Se ha observado que a una “mayor *sustancia gris*” se corresponde un “mejor puntaje” en los desempeños del coeficiente intelectual, determinado principalmente por unos mayores puntajes en las funciones de atención, memoria y lenguaje, los cuales son los “procesos psicológicos básicos y claves” para el adecuado desempeño de la inteligencia.

Asimismo se ha observado que hay una mayor organización de la *sustancia blanca* en una forma más evidente en los *lóbulos frontales* de personas calificadas como más inteligentes. Esto probablemente esté relacionado con el papel que juega la sustancia blanca (axones mielinizados) con la velocidad de conducción neuronal, y por lo tanto, incide sobre la velocidad del procesamiento de la información¹², fundamental para el proceso *inteligente* de la información.

Cualquier evento que conduzca al *daño cortical cerebral* produce alteración de la inteligencia. Por tanto, un buen nivel intelectual requiere como básico una corteza cerebral intacta y normofuncionante.

Las lesiones del *lóbulo prefrontal*, las *atrofias frontales* (enfermedad de Pick) y las lesiones traumáticas o electivas de esta área, producen un “déficit

12. R. Haier en E. Punset, *Redes, Neurociencias*. Programa de divulgación científica, televisión española (2011, en www.redes.tve.es)

de la síntesis psíquica” y una afectación de los niveles “inferiores o basales de la actividad intelectual”¹³.

En los procesos de control emocional y de la conducta mediante intervención cognitiva o inteligencia, están involucradas estructuras del *sistema límbico* y la *corteza prefrontal*¹⁴.

Las enfermedades orgánicas que afectan al SNC y que conducen a producir lesiones del mismo como intoxicaciones (alcoholismo, bazuco), enfermedades infecciosas, traumatismos craneoencefálicos, enfermedades vasculares (ACV, hipoxias severas), desnutrición, etc., son susceptibles de alterar la *función cognitiva* e impedir procesos de *simbolización* y *abstracción* que alteran la función de inteligencia.

Por otra parte, las enfermedades mentales de tipo psicótico crónico, como la esquizofrenia, conducen al deterioro temprano y progresivo de toda la función cognitiva.

Funcionamiento psicológico normal en la vida cotidiana

Siempre se ha dado particular importancia a la *estimulación temprana* como modalidad práctica de ayuda al recién nacido al ser potenciadora de su psicomotricidad.

Las *carencias emocionales y afectivas*, e incluso las *carencias sociales y económicas*, se han asociado a factores que retrasan o dificultan la velocidad y la calidad evolutiva de toda la psicomotricidad, tal y como se observa en los casos de hospitalización prolongada a muy temprana edad.

Un niño con alteraciones significativas en su *desarrollo psicomotor* muy seguramente va a tener problemas de inteligencia. Las dificultades del aprendizaje se hacen evidentes cuando hay patología del SNC, problemas de desarrollo neuronal que hacen crisis cuando son sometidas a ciertas exigencias medioambientales.

Un niño que tenga un trastorno de conciencia fonológica no tendrá ninguna patología si vive en una comunidad analfabeta; tendrá una patología de moderada intensidad si vive en una comunidad cuya lengua sea relativamente transparente (el español), y sufrirá un severo trastorno del aprendizaje de la

13. H. Ey, *La conciencia* (Madrid: Gredos, 1967).

14. T. Ono and H. Nishijo, “Neural Mechanisms of Intelligence, Emotion and Intention”, in *Brain Nerve*, 60(9): 995-1007 (Sep., 2008).

lectura si vive en una comunidad cuya lengua sea poco transparente (inglés, por ejemplo).

Pero este niño de una comunidad angloparlante tendrá mayor o menor dificultad dependiendo de la habilidad de la maestra, de lo temprano que se exponga a la lectoescritura, de la riqueza o pobreza del entorno familiar en términos de acceso a la cultura letrada, del afecto que lo rodee, de las motivaciones que encuentre para enfrentarse a la lectoescritura.¹⁵

De igual manera, el *aprendizaje* juega un papel fundamental en el desarrollo de la inteligencia. Por lo general, el niño lo empieza a hacer a través del *juego* y del conjunto de los *procesos de socialización*.

El juego es una actividad placentera desarrollada por los mamíferos desde temprana edad. Se le considera el vehículo por excelencia para *conocer* y *para aprender*. En el niño esta actividad parte del reconocimiento del propio esquema corporal (el cuerpo y sus límites), para pasar luego a la exploración del entorno inmediato y a través de la *imaginación* llegar a los complejos mundos de la *fantasía*.

Paralelo a los procesos de aprendizaje y socialización se va haciendo más elaborado el acto de jugar: del *juego solitario* alrededor del eje ojo-mano-boca se pasa al *juego objetal* y luego al *juego compartido con aceptación de reglas*. El acatamiento y el respeto de las normas empieza a introyectarse a partir del juego compartido. Los niños que desarrollan una buena actividad lúdica paralelamente desarrollan mejor su inteligencia.

Adicional a esto el niño requiere de *modelos de identificación* que le ayuden en el proceso de desarrollo de la inteligencia. En este sentido, las figuras de identificación inteligentes ayudan a la formación de un niño inteligente.

Por último, la *experiencia* enseña al niño las formas de respuesta más adaptativas e inteligentes.

Por otra parte, hay diferencias en la estructura de la inteligencia *sensoriomotora* y la inteligencia *conceptual*: aquella solo tiende a la satisfacción práctica y no al conocimiento como tal; es por lo tanto una inteligencia vívida y en ninguna forma reflexiva. La inteligencia conceptual es la que permite al pensamiento liberarse de lo inmediato y de lo concreto, llegar a lo invisible y a veces incluso hasta lo irrepresentable, trascendiendo las realidades mediante

15. J. Eslava, "Evaluación clínica de los trastornos del aprendizaje", en *Neuropediatría*, vol. 4, nro. 1 (2006. Bogotá).

acciones simbólicas que inciden sobre las representaciones y superan los límites del espacio y tiempo próximos e inmediatos.

Desde el punto de vista evolutivo, una vez adquirida la *inteligencia sensoriomotora* y a partir de la *función simbólica que hace posible la adquisición del lenguaje*, en un periodo entre el año y los cuatro años de edad, va desarrollándose un pensamiento simbólico y *preconceptual*; de los cuatro años de edad en adelante se constituye un *pensamiento intuitivo* que conduce al umbral de la *operación*. Luego se organizan las “*operaciones concretas*” referidas a los objetos que pueden manipularse o percibirse intuitivamente, y a partir de los doce años y durante toda la adolescencia se elabora al fin el *pensamiento formal que caracteriza a una inteligencia reflexiva completa*¹⁶.

Son notables los recientes avances de las neurociencias en la comprensión de la función de inteligencia, preocupación iterada de la humanidad desde los albores de la cultura, hace cerca de 40.000 años. Estos avances replantean periódicamente la inquietud de si existe inteligencia fuera del planeta. “El problema no es si hay vida inteligente en otros astros, sino si es en el fondo inteligente la vida en la Tierra”¹⁷.

Lewis ha sugerido que la deficiencia mental (entendida como subnormalidad de la función intelectual) “subcultural” debería considerarse como una parte de la variación normal, mientras que la deficiencia “patológica” se sitúa fuera de la variación normal, debiéndose a alguna lesión o anomalía definida¹⁸.

La *eficiencia intelectual* disminuye con la edad a partir de los 25 años, en forma fisiológica.

Psicopatología

- La inteligencia denominada *superior* corresponde a los genios, y aunque no es psicopatológica en sí misma, generalmente se asocia con problemas de adaptación, en la medida en que los sujetos con este nivel de inteligencia suelen tener intereses muy especiales, generalmente no compartidos por el grupo con inteligencia promedio que los rodea, y que pueden hacerlos objeto de rechazo o aislamiento.
- La inteligencia denominada *inferior* sí constituye psicopatología, en la medida en que está perturbada la función cognitiva, hay detención

16. J. Piaget, *op. cit.*

17. A. Gala, *La soledad sonora* (Barcelona: Planeta, 1997).

18. E. Slater *et al.*, *Genética de los trastornos mentales* (Barcelona: Salvat, 1974).

o enlentecimiento en el desarrollo de la inteligencia, y hay muchas y graves dificultades en la adaptación social y al medio. Corresponde a:

- *El retardo mental y la oligofrenia*: son productos de una insuficiencia congénita o de comienzo muy precoz del desarrollo de la inteligencia. Pueden combinarse con alteraciones neurológicas y manifestarse por una sintomatología donde se pone de manifiesto el aspecto deficitario de la personalidad. Habitualmente coexisten en forma secundaria peculiaridades de la afectividad y de la comunicación, asociadas a privaciones sensoriales y afectivas, a agresiones y a un manejo peculiar del tiempo¹⁹, y el entorno.

Hay diferentes grados de retardo mental que van desde el fronterizo hasta el profundo. Implican diferentes compromisos neurológicos que plantean modalidades muy específicas de educación, entrenamiento o rehabilitación.

Diego de Acedo, apodado El Primo, y Francisco Lezcano habrían gozado en este mundo de un rango igual o inferior al de los perros, si Velázquez no los hubiera hecho entrar en la inmortalidad por la puerta grande. Ambos eran dos enanos adscritos al nutrido elenco de bufones de la corte de Felipe IV. Los cuadros en los que aparecen son grandes. Los retratos de las infantas Margarita y María Teresa miden lo mismo. Y también es idéntica la mirada del pintor sobre sus modelos, sean infantas o enanos: humana, sin halago ni compasión. Obviamente Lezcano padece idiocia; probablemente Acedo también. A pesar de sus escasas luces, o quizás para resaltar el hecho, los dos bufones hacen cosas que requieren un mínimo de inteligencia y de aprendizaje, dos cualidades de las que carecen: El Primo sostiene un libro abierto casi tan voluminoso como él mismo; Lezcano coge un mazo de cartas como si fuera a repartir juego. La página abierta del libro de Acedo parece escrita e incluso ilustrada, pero solo es un truco habitual en Velázquez: vistos de cerca, letra y dibujo solo son una mancha uniforme²⁰.

En raras ocasiones sobre la base del retardo mental se injerta un proceso esquizofrénico: *esquizofrenias injertadas*.

Más frecuentemente en el retardo mental se asocian *Bouffees delirantes y trastornos episódicos severos* de la conducta.

19. C. Barot *et al.*, *L'Enfant Déficiant Mental Polyhandicapé* (París: E.S.F. ed., 1996).

20. E. Mendoza, *Riña de gatos. Madrid 1936* (Premio Planeta. Barcelona: Planeta, 2010).

- *El deterioro*: es una pérdida progresiva e irreversible de las funciones intelectuales que ya se habían desarrollado normalmente. Puede observarse en forma *no psicopatológica* en el síndrome de involución senil.

Lo despertó la tristeza. No la que había sentido en la mañana ante el cadáver del amigo, sino la niebla invisible que le saturaba el alma después de la siesta, y que él interpretaba como una notificación divina de que estaba viviendo sus últimos atardeceres. Hasta los cincuenta años no había sido consciente del tamaño y el peso y el estado de sus vísceras. Poco a poco, mientras yacía con los ojos cerrados después de la siesta diaria, había ido sintiéndolas dentro, una a una, sintiendo hasta la forma de su corazón insomne, su hígado misterioso, su páncreas hermético, y había ido descubriendo que hasta las personas más viejas eran menores que él, y que había terminado por ser el único sobreviviente de los legendarios retratos de su generación.

(...)

Había llegado al extremo de olvidar lo que querían decir las notas recordatorias que se metía en los bolsillos, recorría la casa buscando los lentes que tenía puestos, volvía a darle vueltas a la llave después de haber cerrado las puertas, y perdía el hilo de la lectura porque olvidaba las premisas de los argumentos o la filiación de los personajes.

Por pura experiencia, aunque sin fundamento científico, el doctor Juvenal Urbino sabía que la mayoría de las enfermedades mortales tenían un olor propio, pero ninguno era tan específico como el de la vejez. Lo percibía en los cadáveres abiertos en la mesa de disección, lo reconocía hasta en los pacientes que mejor disimulaban la edad, y en el sudor de su propia ropa y en la respiración inerte de su esposa dormida. De no ser lo que era en esencia, un cristiano a la antigua, tal vez hubiera estado de acuerdo con Jeremiah de Saint-Amour en que la vejez era un estado indecente que debía impedirse a tiempo. El único consuelo, aún para alguien como él que había sido un buen hombre de cama, era la extinción lenta y piadosa del apetito venéreo: la paz sexual. A los ochenta y un años tenía bastante lucidez para darse cuenta de que estaba prendido a este mundo por unas hilachas tenuous que podían romperse sin dolor con un simple cambio de posición durante el sueño, y si hacía lo posible por mantenerlas era por el terror de no encontrar a Dios en la oscuridad de la muerte.²¹

21. G. García Márquez, *El amor en los tiempos del cólera* (Bogotá: Editorial La Oveja Negra, 1985).

- En forma *psicopatológica* se presenta como consecuencia de diferentes síndromes mentales orgánicos, en los procesos crónicos de la esquizofrenia o como inicio de los procesos demenciales, como la demencia senil (demencias por causas tóxicas, traumáticas, vasculares y degenerativas o la enfermedad de Alzheimer).

Fue Aureliano quien concibió la fórmula que había de defenderlos durante varios meses de las evasiones de la memoria. La descubrió por casualidad. Insomne experto (...) un día estaba buscando el pequeño yunque que utilizaba para laminar los metales, y no recordó su nombre. Su padre se lo dijo: "tas". Aureliano escribió el nombre en un papel que pegó con goma en la base del yunquecito: tas. Así estuvo seguro de no olvidarlo en el futuro. No se le ocurrió que fuera aquella la primera manifestación del olvido, porque el objeto tenía un nombre difícil de recordar. Pero pocos días después descubrió que tenía dificultades para recordar casi todas las cosas del laboratorio. Entonces las marcó con el nombre respectivo, de modo que le bastaba con leer la inscripción para identificarlas. Cuando su padre le comunicó su alarma por haber olvidado hasta los hechos más impresionantes de su niñez, Aureliano le explicó su método, y José Arcadio Buendía lo puso en práctica en toda la casa y más tarde lo impuso a todo el pueblo. Con un hisopo entintado marcó cada cosa con su nombre: mesa, silla, reloj, puerta, pared, cama, cacerola: Fue al corral y marcó los animales y las plantas: vaca, chivo, puerco, gallina, yuca, malanga, guineo. Poco a poco, estudiando las infinitas posibilidades del olvido, se dio cuenta de que podía llegar un día en que se reconocieran las cosas por sus inscripciones, pero no se recordara su utilidad. Entonces fue más explícito. El letrero que colgó en la cerviz de la vaca era una muestra ejemplar de la forma en que los habitantes de Macondo estaban dispuestos a luchar contra el olvido: Esta es la vaca, hay que ordeñarla todas las mañanas para que produzca leche y a la leche hay que hervirla para mezclarla con el café y hacer café con leche. Así continuaron viviendo en una realidad escurridiza, momentáneamente capturada por las palabras, pero que había de fugarse sin remedio cuando olvidaran los valores de la letra escrita.²²

22. G. García Márquez, *Cien años de soledad* (Buenos Aires: Suramericana, 1967).

Formas de exploración y detección

Ser “inteligente” (o estúpido) no es un atributo de usted; es usted.
(Goldberg)

Los fracasos del aprendizaje se evidencian en la interacción del individuo y la experiencia. En la evaluación de los trastornos del aprendizaje hay que evaluar sistemáticamente las funciones cerebrales superiores (praxias, gnosias visoespaciales y temporo auditivas y lenguaje) y sus dispositivos básicos (memoria, sensopercepción, motivación y atención), así como el ambiente emocional del niño y su familia. Adicionalmente, es necesario descartar hipotiroidismos tempranos, que se asocian a déficit cognitivo irreversible o a alteraciones cognitivas inespecíficas.

Para hacer el diagnóstico clínico de *retardo mental* se requiere la presencia de al menos tres de los siguientes *criterios*:

- *Biológico*: hace referencia a alteraciones en el *desarrollo psicomotor* detectables desde temprana edad, mostrando o una falta de desarrollo o un enlentecimiento marcado en la adquisición de habilidades motoras, de desarrollo del lenguaje, etc.
- *Escolar*: hace referencia a *fracasos en el aprendizaje* que son el resultado de la incapacidad o de la dificultad para adquirir nuevos conocimientos acordes con la edad.
- *Adaptativo*: son las dificultades severas o la incapacidad de adaptación a su respectivo medio familiar y en sus relaciones con grupos por fuera del núcleo familiar.
- *Psicométrico*: hace referencia a la objetivación por medio de *escalas estandarizadas y validadas del coeficiente intelectual* para la edad, las cuales se constituyen, como todo método paraclínico en medicina, en elementos para confirmar o no una suposición clínica de diagnóstico. Aunque en sí mismas no constituyen un diagnóstico.

Ha de tenerse en cuenta que cualquier persona puede tener una amplia oscilación de puntuaciones si se realizan diversas pruebas donde se valoren en cada una de ellas una faceta distinta de la capacidad mental; por eso, las pruebas deben estar previamente validadas para funciones específicas y estandarizadas para poblaciones específicas, condiciones culturales específicas y edades específicas.

No creo nada en los coeficientes intelectuales. Me parece que son una de las mayores insensateces de nuestra época. Existen argumentos de lo más contundentes en contra del CI, como por ejemplo el hecho de que Einstein tuviera un coeficiente intelectual bajo.²³

Saint-Anne Dargassies²⁴ señala como signos precoces de déficits válidos para todos los estados de retraso mental, los siguientes:

- *De uno a tres meses*: pobreza o lentitud de adquisición en el terreno psicoafectivo. Los trastornos vasomotores y los signos irritativos persistentes. Anomalías tónicas a nivel del eje corporal.
- *De tres a seis meses*: persistencia total de automatismos primarios que normalmente debería haber perdido y ausencia de transformación del tono general.
- *De seis a ocho meses*: agravación de los signos neurológicos que antes eran sospechosos. Mala calidad de la pinza pulgar-índice. Ausencia de la función de aptitud estática de las manos. Rigidez de miembros inferiores.
- *De ocho a doce meses*: movimientos anormales. Pobre interés y cualquier esbozo de enlentecimiento.
- *Durante el segundo año de vida*: trastornos del lenguaje, de la destreza manual y de la interpretación de situaciones habituales.

En el caso de las oligofrenias, la deficiencia mental global de origen orgánico es debida a claras malformaciones o a severos problemas dismetabólicos cerebrales, principalmente de origen hereditario.

En el deterioro patológico el déficit de la función cognitiva determina los trastornos asociados de la conducta y la afectividad. Son llamativos la tendencia a la concretización del pensamiento con la subsecuente pérdida de la capacidad de simbolización y de abstracción, y la puerilización global de la conducta y el afecto.

En síntesis, el retraso mental implica enlentecimiento o detención del desarrollo intelectual; la oligofrenia, el no desarrollo de la capacidad y el deterioro, pérdida irreversible de la capacidad ya adquirida. Por otra parte, no hay que confundir “memoria prodigiosa” con inteligencia. Se puede tener buena

23. K. Popper, *op. cit.*

24. H. Ey, *op. cit.*

memoria sin ser inteligente, pero difícilmente se puede ser inteligente sin tener buena memoria.

Además, hay que tener en cuenta que todas las culturas privilegian la valoración de determinado atributo: así, por ejemplo, ha habido épocas en las que se ha privilegiado la belleza física; en otras, la fuerza bruta; en esta lo que las gentes y las sociedades no perdonan es la *torpeza* como evidencia de falta de inteligencia. “No debemos subestimar la estupidez humana” (Anónimo).

Sinopsis

Retardo mental
Oligofrenia
Deterioro mental
Demencia

Juicio y raciocinio: elección y decisión

Solo los estúpidos adoptan
decisiones inflexibles.

ETZIONI

Definición y conceptos básicos

Como funciones cognitivas que son, el juicio y el raciocinio son estados funcionales cerebrales y como propiedades intrínsecas del cerebro, también se entienden como *a priori* neurológico.

Es posible que en animales muy primitivos experiencias sensoriales muy gruesas estuvieran en relación con formas de juicio (como capacidad de discriminación) o de conciencia rudimentarias, al estilo de “esto huele mal, no se lo coma; esto huele bien, copule con ello”, que con frecuencia es lo que sucede en la mayoría de las especies.¹

Se entiende por *juicio* la capacidad psicológica de adecuarse al principio de realidad y, a partir de este, emitir *juicios de realidad* concordantes.

Se echó a llorar y siguió haciéndolo durante cinco días, a pesar de los tranquilizantes administrados, hasta que su madre le dio dos bofetones en la cara y la obligó a enfrentar la realidad. Había cometido una imprudencia y ahora no tenía más remedio que pagar las consecuencias; ya no era una chiquilla, iba a ser madre y debía estar agradecida de tener una familia dispuesta a ayudarla, porque otras en su condición acababan tiradas en la calle ganándose la vida de mala manera, mientras sus bastardos iban a parar a un orfanato; había llegado la hora de aceptar que su amante se había hecho humo, tendría que hacer de

1. R. Llinás, *El cerebro y el mito del Yo: El papel de las neuronas en el pensamiento y el comportamiento humano* (Bogotá: Editorial Norma, 2003).

madre y padre para el crío y madurar de una vez por todas, porque en esa casa ya estaban hartos de soportar sus caprichos; llevaba veinte años recibiendo a manos llenas; no pensara que iba a pasar la existencia echada en una cama quejándose; a limpiarse la nariz y vestirse, porque iban a salir a caminar y así lo harían dos veces al día sin falta, lloviera o tronara, ¿había oído? Sí, Lynn había oído hasta el final con los ojos desorbitados por la sorpresa y las mejillas ardiendo por las únicas cachetadas que había recibido en su vida. Se vistió y obedeció, muda. A partir de ese momento la cordura le cayó encima de golpe y porrazo, asumió su suerte con pasmosa serenidad, no volvió a quejarse, se tragó los remedios, daba largas caminatas con su madre y hasta fue capaz de reirse a carcajadas.²

La pérdida de juicio se corresponde con la pérdida de contacto con la realidad.

Hera, ofendida por los excesos de Heracles, lo enloqueció. Este, en primer lugar atacó a su querido sobrino Yolao, el hijo mayor de Ificles, quien consiguió escapar a sus violentas arremetidas; y luego, tomando por enemigos a seis de sus propios hijos, los mató y arrojó sus cuerpos al fuego, junto con otros dos hijos de Ificles con quienes realizaban ejercicios militares.³

Solo desde el principio de realidad se pueden emitir ideas y conceptos de normalidad.

Raciocinio es la capacidad cognitiva que a partir de deducciones, inducciones o síntesis permite concluir asertos, conclusiones de carácter lógico y eslabonamiento sistematizado de ideas. En este sentido, da origen a la *razón lógica*.

El edificio es una edificación de cuatro pisos con un penthouse como único apartamento en el cuarto piso. En los otros tres pisos, hay dos apartamentos por piso. Los dueños de los apartamentos son los señores A, B, C, D, E, F y G.

El apartamento de A está en un piso superior al de B.

El apartamento de C está en un piso inferior al de D.

El apartamento de E está en un piso inferior al de F.

Los apartamentos de G y de H están en el mismo piso.

¿Cuál es el dueño del penthouse?

2. I. Allende. *El plan infinito* (Barcelona: Plaza y Janés Editores S.A., 1994).

3. R. Graves, *Los mitos griegos* (Madrid: Alianza Editorial S. A., 1988).

Si el apartamento de F está en el segundo piso, ¿cuál de los siguientes enunciados es verdadero?

I - El apartamento de C está en el primer piso.

II - El apartamento de D está en el tercer piso.

III - El apartamento de A está en el cuarto piso.

Solo I

Solo II

Solo III

Solo I y II

Solo I y III

¿Si D es el dueño del penthouse, en qué piso o pisos podría estar el apartamento de G?

Primer piso solamente.

Segundo piso solamente.

Tercer piso solamente.

Segundo o tercer piso.

Primero, segundo o tercer piso.

La pérdida de la capacidad de raciocinio impide el razonamiento lógico.

Puedo derrotarte físicamente con o sin razón, pero solo puedo derrotar tu mente con un razonamiento (sabiduría japonesa).

Solo mediante una buena capacidad de juicio de realidad y un buen funcionamiento cognitivo global se puede proceder con lógica y, mediante ella, hacer elección (entre diferentes alternativas, la mejor), asumir riesgos (de fracaso con una elección errónea) y decidir (pasar de la intención a la acción).

Recordemos que la *capacidad predictiva*⁴ es una función cerebral fundamental para la supervivencia, en la medida en que aporta un *cálculo interno* de lo que se puede encontrar fuera antes de iniciar cualquier movimiento activo en cualquier dirección. Esta función predictiva es una función evolutivamente más antigua que la conciencia y está presente de alguna manera en todos los animales que poseen la capacidad de movimiento activo. En una forma más evolucionada, permitirá no solo la ejecución de los cálculos internos para determinar la dirección y oportunidad de un movimiento, sino –y a través de la

4. Ver capítulo *Motricidad*.

integración con toda la función cognitiva— *hacer elecciones*, o sea, el paso previo a *tomar decisiones*.

Hacer elecciones en ausencia de soluciones intrínsecamente correctas es un proceso específicamente humano. Es decir, la verdadera “*libertad de elección*” solo es posible cuando existen varias opciones y la *ambigüedad* está, por lo tanto, presente.

La *intencionalidad*, la *volición* y la *libre voluntad* están en juego solo en situaciones que requieren elecciones múltiples⁵.

Al mismo tiempo el individuo debe tener *flexibilidad* para adoptar *diferentes perspectivas* sobre la *misma situación* en *diferentes momentos*.

Asumir la *responsabilidad* por las consecuencias de las decisiones tomadas (paso inmediatamente siguiente) es patrimonio exclusivamente humano, y en específico es lo que distingue al adulto emocionalmente maduro. Sin embargo, todavía no es del todo claro, desde el punto de vista explicativo de las neurociencias, el cómo hace el cerebro para *evaluar las consecuencias de las propias acciones* (*counterfactual thinking*), y cómo dicha evaluación afecta la *capacidad de razonar en el proceso de tomar nuevas decisiones*⁶.

Un aspecto central de la discusión está representado por el escenario en el que los sistemas legales hacen gran énfasis en el proceso de este razonamiento, para definir si el individuo puede ser juzgado por sus acciones, o si por el contrario, se le declara como “inimputable”, con las correspondientes implicaciones éticas, y en ausencia de mejores comprensiones sobre el desarrollo de la mente.

Uno de los rasgos distintivos de la persona emocionalmente madura es que adquiere el hábito de tomar *decisiones inteligentes* y adecuadas y asume la responsabilidad por las mismas.

Aunque las decisiones deberían ser tomadas con lógica y objetividad, no siempre ocurre así, incluso entre personas inteligentes.

Esto sucede por varias razones, casi todas de tipo inconsciente: toda decisión implica emitir un juicio sobre la adopción de un *riesgo* y, por tanto, implica valorar las diferentes consecuencias.

Sin embargo, las buenas decisiones pueden dar lugar en ocasiones a malos resultados y tener consecuencias negativas, sin que necesariamente ello

5. E. Goldberg, *El cerebro ejecutivo: Lóbulos frontales y mente civilizada* (Barcelona: Editorial Crítica, 2002).

6. A. A. Baird and J. A. Fugelsang, “The Emergence of Consequential Thought: Evidence from Neuroscience”, in *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*, 359(1451): 1797-1804 (Nov., 2004).

sea culpa de la persona que tomó la decisión. Como todas las decisiones entrañan riesgos, su adopción genera, de forma casi inevitable, una cierta dosis de ansiedad.

Por lo general, las malas decisiones casi siempre se pueden achacar al *modo* en el que fueron adoptadas: las alternativas no estaban claramente definidas, no se recogió la información adecuada, no se sopesaron los costos/beneficios. Sin embargo, el fallo no está a veces en el proceso, sino en la mente de la persona que adopta la decisión⁷.

Aunque se han hecho múltiples intentos por entender cómo es el proceso neurológico que hace el cerebro durante la *toma de decisiones* (aparte del papel que desempeña la *corteza prefrontal*), se requieren todavía más investigaciones que permitan esclarecer los mecanismos neurales subyacentes en el proceso⁸.

Bases biológicas de la función

Más de una tercera parte de la masa cerebral humana está en la corteza cerebral dedicada a la *intuición* y a la *razón*⁹. Para el normal funcionamiento de las funciones de juicio y raciocinio es necesario que toda la corteza cerebral esté operando de manera normal y que todas las áreas subcorticales de integración estén indemnes.

Las funciones de juicio y raciocinio son dependientes de las funciones de conciencia, abstracción, simbolización, y para su normal funcionamiento tienen como requisito el normal funcionamiento de toda la función cognitiva, principalmente la función de inteligencia.

Las distorsiones de la realidad se han observado correlacionadas con disminución del flujo sanguíneo cerebral en el lóbulo temporal izquierdo y el área posterior del cíngulo¹⁰.

La *corteza prefrontal ventromedial* es la principal estructura neural involucrada en el proceso de la toma de decisiones, ya que integra información relevante de tipo sensorial, mnésico y emocional. El funcionamiento de esta

7. Harvard Busines Review, *Toma de decisiones* (Buenos Aires: Planeta, 2004).

8. S. Funahashi, "Neural Mechanisms of Decision Making", in *Brain Nerve*, 60(9): 1017-1027 (Sep., 2008).

9. C. Sagan, *Cosmos* (Barcelona: Editorial Planeta, 1987).

10. S. Frangou and R. M. Murray, *Schizophrenia* (London: Martin Dunitz, 1997).

corteza se ha relacionado con los procesos involucrados con la *intención de actuar en algún momento (futuro) dado*¹¹.

La *amígdala* interviene en el procesamiento de señales emocionales asociadas con el contexto del estímulo, mientras que la *corteza cingulada* monitorea e inhibe respuestas en situaciones de incertidumbre.

En contextos complejos, actúa la *corteza prefrontal dorsolateral*¹².

Pacientes con daño cerebral de la *corteza prefrontal* tienen dificultad para experimentar ciertas emociones y también dificultades para adoptar decisiones simples y triviales.

Damasio pidió a un paciente que eligiera entre dos fechas para su siguiente cita. El paciente sacó su agenda y empezó a examinar montones de razones a favor y en contra de cada una de las fechas, teniendo en cuenta sus compromisos anteriores, la proximidad de dichos compromisos, el posible tiempo ocupado en esas dos fechas, etcétera. Tras casi media hora de escuchar este detallado y pesado análisis —que al mismo tiempo era perfectamente lógico y racional—, Damasio eligió una fecha para el paciente.¹³

En el proceso de toma de decisiones de tipo analítico (en las que predominan los procesos *conscientes, lógicos y racionales*) hay mayor activación del llamado *cerebro izquierdo*.

El *cerebro derecho* está en relación con la toma de decisiones de tipo emocional (en las que predominan los componentes de lo *inconsciente, lo intuitivo* y lo *emotivo*).

Funcionamiento psicológico normal en la vida cotidiana

Cuando el funcionamiento psicológico es normal, el *juicio de realidad* es normal y a partir de este se pueden emitir razonamientos normales, así como dar la *crítica*. Se puede confrontar y se puede corregir.

Cuando el individuo no tiene buen juicio de realidad se dificultan su raciocinio, su facultad de comprensión y se altera la función adaptativa de la inteligencia.

11. H. E. den Ouden *et al.*, "Thinking About Intentions", in *Neuroimage*, 28(4): 787-796 (Dec., 2005).

12. J. M. Martínez-Selva *et al.*, "Brain Mechanisms Involved in Decision-Making", in *Rev Neurol*, 42(7): 411-418 (Apr., 2006).

13. Damasio, "Descartes' error", en *Harvard Business Review*, *op. cit.*

Por otra parte, cuando no hay buen juicio de realidad o el raciocinio está comprometido, el discurso emitido a partir de estos déficits dificulta o impide la interacción con los demás, pues, de hecho, se perturba siempre la función comunicativa.

Desde el punto de vista psicológico son múltiples los factores conscientes e inconscientes involucrados en el proceso de toma de decisiones:

- Al llevar a cabo una decisión (a través de la acción) *asumimos responsabilidades, exponiéndonos a recibir críticas y a arrepentirnos*. Por eso, no es extraño que por naturaleza busquemos motivos *para no actuar (no decidir)*, pues ello nos coloca en una situación de menor riesgo psicológico. Esto suele ocurrir porque habitualmente asociamos *capacidad de decidir* (bien y acertadamente) con madurez emocional. Entonces, decisiones fracasadas no solo lesionan la autoestima con lo propio del fracaso, sino con el lastre de la vivencia de inmadurez emocional. No en vano, “los pecados por comisión (es decir, por decidir hacer algo) suelen ser castigados mucho más severamente que los pecados por omisión (es decir, por no hacer nada)”.
- Al *recapacitar* sobre una decisión la mente concede peso desproporcionado a la primera información que recibe. Así, las primeras impresiones, estimaciones, comentarios o datos suelen determinar los pensamientos y juicios *posteriores*. Suelen adquirir la forma de *estereotipos* o de *prejuicios*. Estas *predisposiciones* afectan la decisión que se va a adoptar. Hay predisposición a tomar decisiones que perpetúan las situaciones ya creadas, por el deseo inconsciente de protegernos de un *fracaso*.
- Otra de las predisposiciones es la de adoptar las decisiones que justifican elecciones anteriores, porque no se está inconscientemente dispuesto a admitir el error de la decisión pasada (lo cual se relaciona con la autoestima herida).
- Otro prejuicio nos empuja a buscar información que ratifique nuestra opinión inicial y a rechazar lo que pueda contradecirla. Es decir, tendemos a *decidir inconscientemente lo que queremos hacer, antes de pensar por qué queremos hacerlo*. Esto contamina no solo la fuente sesgada de información, sino también *el modo en que interpretamos la prueba* que concede peso a lo que nos confirma en el prejuicio. Es decir, nos esforzamos en obtener información que confirme nuestros descubrimientos inconscientes.
- Un acontecimiento dramático o traumático puede también distorsionar la forma de pensar y de decidir. Se puede manifestar en forma de exceso de

precaución o de prudencia sin tener en cuenta que en ocasiones el exceso de prudencia puede resultar tan peligroso como la imprudencia.

- Por otra parte, basamos nuestras predicciones *sobre acontecimientos futuros* en nuestros *recuerdos de acontecimientos pasados*. Y los que mejor dejan huella en nuestra memoria son los más dramáticos. Es decir, que todo lo que distorsiona la capacidad de recordar los acontecimientos de forma equilibrada distorsionará las evaluaciones de probabilidades que, a su vez, afectan la toma de decisión correcta.¹⁴

No hay que olvidar que el proceso de toma de decisiones –además de neurobiológico– es un *proceso social* que involucra la interacción con otros, y que requiere del previo desarrollo de habilidades que permiten identificar y entender (empatizar) los *estados emocionales de otros* (a partir de lo cual podemos *intuir* cuáles son sus pensamientos, creencias, deseos e intenciones), para que comparados con las propias experiencias, se haga la *mejor elección*. En este sentido, el *contexto social* es el que determina la interacción entre *razón y emoción* involucradas en la decisión¹⁵.

Psicopatología

La capacidad de juicio se puede alterar en forma transitoria durante una reacción emocional brusca e intensa, por ejemplo, durante una crisis de pánico o durante un periodo de estrechamiento del campo de conciencia: en una intoxicación aguda, un traumatismo craneoencefálico o un episodio epiléptico.

La capacidad se altera en forma más permanente en el curso de una enfermedad mental crónica como la esquizofrenia.

Si se altera el juicio de realidad o se altera la capacidad de raciocinio todo el funcionamiento cognitivo se altera. De la misma manera, alteraciones cognitivas afectan las capacidades de juicio y raciocinio, e impiden la toma de decisiones adecuadas. Esto ocurre porque cualquiera de dichas alteraciones es susceptible de impedir sofisticados, complejos y delicados procesos superiores de previsión, predicción, elección y decisión que a la vez sean adaptativos, asertivos y efectivos.

14. Harvard Business Review, *ibidem*.

15. C. D. Frith and T. Singer, "The Role of Social Cognition in Decision Making", in *Philos Trans R Soc Lon B Biol Sci*, 363(1511): 3875-3886 (Dec., 2008).

Hay múltiples factores que pueden afectar la toma de decisiones:

- Unos son de origen *inconsciente* (problemas de identidad, patología de vínculos afectivos, de interrelación, personalidad, neuroticismo), defectos en la forma de pensar, fallos de percepción sensorial, prejuicios, anomalías ilógicas del pensamiento.
- Hay factores emocionales que pueden ser *parcialmente conscientes*: temores al abandono, rechazo, crítica, falta de libertad interna (por grave prejuicio social, sojuzgamiento emocional o victimización física) o por exceso infundado de autoconfianza.
- Otros son más claramente *conscientes*: por amenaza evidente, chantaje, temor al castigo, conflicto de valores, etc.
- Hay también factores relacionados con un *pobre control de impulsos* que facilitan la toma de decisiones en las que hay ausencia de ponderación de la mejor elección o no se contemplan todas las alternativas razonables, sino que, sin que medie la razón, simplemente se actúa la decisión en forma impulsiva (frecuente en epilépticos y en individuos bajo máxima presión o bajo ira e intenso dolor emocional) donde se salta la etapa de ponderación analítica (pensamiento y reflexión) previa a la actuación (que adquiere, en este caso, el valor del *acting out*).
- Otros factores están relacionados con el *tipo de personalidad*: los que no se atreven a tomar decisiones por una excesiva meticulosidad y exagerado análisis de todas las hipotéticas consecuencias que podrían derivarse de la decisión (obsesivos con exagerada dubitación), o los que no ponderan ni tienen en cuenta los derechos de los demás, sino que privilegian solo el interés personal (personalidades psicopáticas), o los que toman decisiones a medias (neuróticos), etc.

Son alteraciones psicopatológicas solo aquellas que afectan en forma *sistemática y habitual* las capacidades de elegir y decidir, y condicionan no solo el *fracaso adaptativo* sino que a la vez también son reflejo de una *inmadurez emocional*. La inmadurez emocional derivada de tales incapacidades cognitivas puede traducirse en algunas legislaciones en “incapacidad mental” con las consiguientes protecciones de *interdicción e inimputabilidad legal*.

El denominado *juicio insuficiente*, en el que hay evidente dificultad para la realización de síntesis mentales por incapacidad para la comprensión de elementos abstractos, se observa en oligofrenias y en el retardo mental.

El denominado *juicio debilitado* por disminución de las capacidades cognitivas, debilitamiento de la atención y de la capacidad retentiva de la memoria, se observa en demencias y en depresiones severas.

El denominado *juicio suspendido* hace referencia a alteraciones de la facultad secundarias a un trastorno de la conciencia, como sucede en la confusión mental y el *delirium*.

Una incapacidad para reducir la ambigüedad conduce a un comportamiento vacilante, inseguro e inconsistente.

En las verdaderas alteraciones del juicio de realidad hay imposibilidad de reconocer el error, y como consecuencia se deriva en la alienación.

Formas de exploración y detección

La mejor forma de explorar la función es a partir de la observación de la conducta en la vida cotidiana. La confrontación con la realidad permite el mejor escenario para observar las dificultades en la forma de calificar el juicio de realidad.

El *raciocinio* se puede explorar a través del seguimiento de los procesos lógico-formales del paciente durante la entrevista o a través del corte longitudinal de la historia clínica.

Antes de calificar alteraciones de juicio y de razón lógica hay que tener en cuenta que en el medio hospitalario, o con pacientes bajo efecto medicamentoso, generalmente se dan falsos positivos que dependen de factores exógenos o endógenos (ruido ambiental, estrés, presencia de terceros, falta de sueño, etc.) que pueden afectar la detección de patología primaria. Es conveniente recordar que antes de efectuar cualquier prueba en este sentido, se debe asegurar que el paciente dispone de sus ayudas sensoriales habituales (audífonos, gafas).

Para evaluar el juicio suele utilizarse un tipo determinado de preguntas como: “¿Qué haría si encontrara en la calle un sobre sellado y con la dirección puesta?”. Este tipo de preguntas es menos adecuado que la evaluación del comportamiento reciente basada en el sentido común¹⁶.

La no interpretación adecuada o la interpretación extravagante de refranes implica casi siempre la existencia de psicopatología.

Tomar decisiones equivocadas no es en sí mismo psicopatológico. Si habitualmente las decisiones suelen ser equivocadas hay que explorar con detalle

16. M. Wise y R. Strub, “Exploración y diagnóstico del examen mental”, en *Fundamentos de la psiquiatría de enlace*. J. Rundell y M. Wise (Bogotá: Licitelco S.A., 2003).

por qué no se generan decisiones inteligentes, tratando de identificar las causas cognitivas o emotivas (conscientes e inconscientes) que suelen estar involucradas en la toma de decisiones específicas.

Por eso hay que analizar la *calidad de la adopción de la decisión* (teniendo en cuenta lo *que se sabía en el momento de adoptar la decisión*) y no solo el resultado.

La mejor manera de apagar un fuego no es dejándose caer encima de él con el trasero al aire.

No hay que olvidar que habitualmente el *miedo al fracaso* tiende a perpetuar errores en la valoración ponderada de la realidad y esto puede inducir en cascada a una toma de decisiones poco inteligentes o conducentes a nuevo fracaso. Si el fracaso es reiterativo o claramente desadaptativo, los elementos involucrados suelen ser de índole psicopatológica.

En general, la incapacidad para tomar decisiones, la duda y la reiterada dificultad para encontrar palabras, son señales cognitivas y signos habituales de *procesos demenciales*.

En general, se acepta que la resolución de problemas está asociada con premisas de simplicidad: “no te compliques, concibe la solución más simple al problema”, “concéntrate en las soluciones (y no en el problema)”; “no te limites a enunciar el problema, identifícalo (rápidamente)”.

Sinopsis

Alteraciones del juicio { Juicio insuficiente
Juicio debilitado
Juicio suspendido

Alteraciones del juicio de realidad: pérdida del contacto con la realidad

Alteraciones del razonamiento lógico: concretización de las funciones abstractas

Alteraciones en el proceso de toma de decisiones { Indecisión sistemática
Decisiones impulsivas
Decisiones irresponsables
Decisiones por inmadurez emocional
Decisiones por falta de inteligencia

Subjetividad: introspección, prospección e intuición

¿Cuántas veces cierra uno los ojos
para no ver
y cuántas para ver mejor?
MASTRETTA

Definición y conceptos básicos

La *subjetividad* es una abstracción psicológica, producto de la unificación y de la coherencia tálamo-cortical que actúa como organizador de todas las percepciones y que da asiento al *sí mismo (self)* o *unidad perceptual de uno mismo*.

La subjetividad es un elemento constitutivo primordial de la *identidad del Yo* y constituye un entramado en el que los afectos, pensamientos y conductas permiten definir una *actitud* o postura del Yo frente a los eventos propios de la vida¹.

El conjunto de funciones *subjetivas* se corresponde con lo que en psiquiatría se denomina *mundo interno*.

La *realidad psíquica* es el equivalente de la *conciencia subjetiva*. Está influenciada principalmente por influjos y *motivaciones inconscientes*. Aunque no es equivalente de la *fantasía inconsciente*, puede incluir efectos de ella y también, de manera simultánea, *experiencia objetiva*. Por tanto, la realidad psíquica debe integrar experiencias tanto objetivas como subjetivas y dar cuerpo, con ellas, a la *comunicación intersubjetiva*². Esta comunicación intersubjetiva requiere de una voz: la *voz interior*, que “es inconfundible siempre y cuando uno

1. G. Posada y C. Serrano [Comunicación personal] (Bogotá, 2005).

2. W. W. Meissner, “Reflections on Psychic Reality”, in *Int J Psychoanal*, 81, Pt 6: 1117-1138 (Dec., 2000).

sepa que esa es la voz interior y no solo alucinación o fantasía. La alucinación es el resultado de una mente no dirigida, descontrolada. La voz interior es el síntoma de una mente equilibrada, armoniosa y plena”³.

El ámbito de la realidad interna o realidad psíquica estaría entonces definido como el conjunto de matices subjetivos de experiencia psíquica, introspección, fantasía, creatividad, *insight* y reactividad emocional.

La *introspección* es la función psicológica que permite la observación *consciente* de la reactividad emocional con respecto a las realidades interna y externa del sujeto. Es, en otras palabras, la capacidad de verse a sí mismo, asiento de la máxima socrática del “conócete a ti mismo”.

Pero el séptimo día el hombre, apoyando la cabeza sobre sus manos imploró:

“Señor, devuélveme a la vida. No soporto el monótono murmullo del arroyo, ni el destemplado canto de las aves”.

Y el buen Dios lo miró y dijo:

“No son el arroyo ni el ave los responsables de tu desasosiego; es tu espíritu envilecido el que no quiere escuchar su propia voz ni los dictados de su corazón”.⁴

La *introspección* es la base del *insight*, es decir, de la capacidad de hacer consciente lo inconsciente.

Con el ejercicio de la introspección se logran *entender, comprender y reflexionar*.

Cerrar los ojos y ser hombre. Entender cómo piensan, cómo discurren, cómo desean, por qué desean lo que desean. Temer como los hombres, ver a los hijos como los ven los hombres, escribir como un hombre, necesitar como un hombre, callarse como un hombre. Reconocer lo que siente un hombre cuando suma sus fantasías, cuando se asusta con sus desaciertos, cuando se deja arropar y piensa en nuestro nombre. Ser un hombre, estar dentro de un hombre, y sentir lo que sienten cuando están dentro de una.⁵

Solo el hombre puede *ensimismarse*, poder que tiene de retirarse virtual y provisionalmente del mundo y meterse dentro de sí⁶. La *meditación* es simple-

3. Varios, *On the Wings of the Swan*. Conversaciones con Swami Niranjanananda Saraswati (Bogotá: Academia de Yoga Satyananda, 2005).

4. A. Hernández, *Plegaria de los lunes* (video) [inédito] (Bogotá, 2001).

5. A. Mastretta, *El mundo iluminado* (Bogotá: Planeta Colombiana Editorial S.A., 1999).

6. J. Ortega y Gasset, *Ensimismamiento y alteración* (Buenos Aires: Espasa Calpe, 1939).

mente un proceso de introversión, a través del cual se puede ir a lo profundo de la mente y la conciencia⁷.

Es diferente del concepto psicopatológico de:

- *ensimismamiento permanente del esquizoide y el del retardado mental*:

Se declara por necio de los de cuatro en púa, al que va por la calle hablando consigo mismo a solas entre sí y se pregunta y se responde; y si a esto añade efectos de rostro y manos, estiramiento de cejas y alzar de ojos, paradillas de cuando en cuando, de trecho en trecho, se declara juntamente por legítimo sucesor de aposento, jarro y vela de la casa del Nuncio de Toledo (Francisco de Quevedo y Villegas. *Orígenes y definiciones de la Necedad*).

- de la *introversión* (rasgo de personalidad),
- de la *introyección* (mecanismo de defensa),
- del *enamoramiento de sí mismo* (narcisismo):

El adivino Tiresias le dijo a Lirtope, madre de Narciso:

—Narciso vivirá hasta muy viejo, con tal que nunca se conozca a sí mismo.

Cualquiera podía excusablemente haberse enamorado de Narciso, incluso cuando era niño, y cuando llegó a los dieciséis años de edad su camino estaba cubierto de numerosos amantes de ambos sexos cruelmente rechazados, pues se sentía tercamente orgulloso de su propia belleza.

En Donación, Tespia, Narciso llegó a un arroyo, claro como si fuera de plata y que nunca alteraban el ganado, las aves, las fieras, ni siquiera las ramas que caían de los árboles que le daban sombra, y cuando se tendió, exhausto, en su orilla herbosa para aliviar su sed, se enamoró de su propio reflejo. Al principio trató de abrazar y besar al bello muchacho que veía ante él, pero pronto se reconoció a sí mismo y permaneció embelesado contemplándose en el agua una hora tras otra.

¿Cómo podía soportar el hecho de poseer y no poseer al mismo tiempo?

La aflicción le destruía, pero se regocijaba en su tormento, pues por lo menos sabía que su otro yo le sería siempre fiel pasara lo que pasase. En su aflicción, se hundió la daga en el pecho, y cuando expiró, su sangre empapó la tierra y de ella nació la blanca flor del narciso con su corolario rojo o flor de lis.⁸

7. Varios, *op. cit.*

8. R. Graves, *Los mitos griegos* (Madrid: Alianza Editorial S. A., 1988).

- de la capacidad de reconocer cómo lo ven los demás:
—Cada uno de nosotros lleva en sí el cielo y el infierno, Basilio —exclamó Dorian con un ardiente gesto de desesperación.
Hallward se volvió hacia el retrato y lo contempló.
—¡Dios mío! Sí es cierto —exclamó— y si eso es lo que ha hecho usted con su vida, ¡debe usted de ser mucho más perverso de lo que creen los que murmuran de usted o de lo que usted mismo se imagina!⁹
- y de la capacidad de reconocer cómo se ve a sí mismo:
Recordemos que al vernos por primera vez en televisión o en cine, siempre nos sorprendemos de los tontos que parecemos.¹⁰

El individuo se juzga a sí mismo a la luz de lo que él percibe como los otros lo juzgan; pero además el individuo juzga la manera en que es juzgado por aquellos que han llegado a ser los otros significativos para él¹¹.

Las capacidades de reconocer cómo lo ven los demás y cómo se ve a sí mismo son la base de las posibilidades humanas de *autoobservación*, de *autocrítica*, de *autorreproche* y, muy posiblemente, de alguna manera, de *autoculpa* y génesis del *autocastigo*. Este ejercicio puede no siempre coincidir con la realidad objetiva, siendo investido entonces de un alto componente subjetivo. Se suele traducir como una forma particular de *conciencia moral* que obra incluso en ausencia de testimonio externo, como la *voz de la propia conciencia*.

Por su parte, la *prospección* permite la capacidad psicológica de elaborar planes realistas consigo mismo, así el origen de dichos planes surja de la fantasía, de la ilusión o del sueño.

La *intuición* habitualmente se equipara con los conceptos de “instinto”, “olfato”, “voz interior”, “buen juicio profesional”, que describen ese sentimiento *impreciso* de *saber algo* sin saber exactamente *cómo* o *por qué se sabe*.

Se asocia con una capacidad extraordinaria de identificar pautas donde otros no las ven. Está en relación con la *capacidad intuitiva* de adopción de *buenas decisiones*.

9. O. Wilde, “El retrato de Dorian Gray”, en *Obras completas* (Madrid: Aguilar, 1975).

10. R. Llinás, *El cerebro y el mito del Yo: El papel de las neuronas en el pensamiento y el comportamiento humano* (Bogotá: Editorial Norma, 2003).

11. M. Rovaletti, “En torno a la identidad personal”, en *Sistemas*, Revista de Ciencias Sociales, nro. 98: 87-103 (septiembre, 1990, España).

Es un proceso relacionado con el *eureka*, en el cual hay la sensación de revelación de lo obvio que tiene lugar cuando la mente *consciente* descubre algo que la mente *inconsciente o subconsciente* ya sabía.

Por otra parte, con *imaginación* y *creatividad* se representan, a través del juego, escenas familiares y coreografías donde los niños se *identifican* con personajes adultos significativos *adoptando en el juego no solo sus funciones sino introyectándolos* para hacer propios dichos modelos de identificación¹².

La *fantasía* tiene un gran correlato emocional, hasta el punto de distorsionar el recuerdo o predisponer a actuaciones específicas, como en el caso de quien tiene la fantasía (pudiendo no ser real) de haber sido un hijo no deseado por sus padres.

La captación de la realidad está entonces mediada por la función global de percepción, mientras que es la *prueba de realidad* la que excluye y separa los mundos de ficción, de lo imaginario, lo subjetivo, del mundo real y de la percepción patológica de la misma realidad.

La *creatividad* implica desarrollar la habilidad de generar ideas novedosas que enriquecen a la *imaginación* y aportan algún tipo de *valor* adicional, bien sea en el control de los insumos o en la obtención de resultados. En forma genérica, la creatividad se puede entender como la habilidad que abarca un amplio repertorio de *herramientas cognitivas*, las cuales pueden ser aplicadas a la solución de un problema específico.

Está asociada con la *pasión*, que se constituye en su motor y que se traduce como lo que *inspira*, lo que logra modificar la *percepción del tiempo*, y en forma subjetiva permite “recargar las pilas”.

La creatividad es una habilidad humana que se aprende, “como se aprende a leer”¹³, y en el mismo sentido, la actividad creativa implica aprender a motivar los esfuerzos adicionales y de disciplina requeridos en su perfeccionamiento.

Es diferente del *divagar*, que es el proceso pasivo de dejar salir a flote ideas sin control consciente, ni objetivo predeterminado.

12. G. Rey, “Las huellas de lo social: Interacción, socialización y vida cotidiana”, en *Signo y Pensamiento*, nro. 11: 9-29 (Pontificia Universidad Javeriana, 1987, Bogotá).

13. K. Robinson en E. Punset, *Redes, Neurociencias*. Programa de divulgación científica, televisión española (2011. En www.redes.tve.es).

El *talento creador*, la *sensibilidad*, el *ingenio* y las *fuentes de inspiración*, aunque rara vez coinciden, son fundamentales en el proceso creativo. Tolkien¹⁴, al reflexionar sobre sus obras, escribió:

Historias semejantes no nacen de la observación de las hojas de los árboles, ni de la botánica o la ciencia del suelo; crecen como semillas en la oscuridad, alimentándose del humus de la mente: todo lo que se ha visto, pensado o leído, y que fue olvidado hace tiempo. (...) La materia de mi humus es, principal y evidentemente, lingüística.

Bases biológicas de la función

La estructura neuroanatómica más relacionada con la función del *sí mismo* está ubicada sobre el *núcleo vestibular*.

El proceso intuitivo se explica en parte porque la mente procesa constantemente información en forma inconsciente, no solo cuando se está dormido o soñando, sino también durante la vigilia. Es un proceso inconsciente similar al adjudicado a los *patrones cerebrales de acción fija* (PAF motores)¹⁵, que permiten a la mente dedicarse a lo que permanezca activo en el campo de conciencia, evitándole dispersar y consumir energía en el control de procesos que son del dominio inconsciente. Con ello, la mente desplaza del campo de conciencia un número infinito de patrones neuromotores y de información que por su sola cantidad inundaría o neutralizaría la eficaz función de filtro que tiene la conciencia.

Las capacidades de introspección y prospección requieren del funcionamiento normal de la *corteza cerebral* y del funcionamiento normal de toda la *función cognitiva*, principalmente de las *capacidades de simbolización y abstracción*; y por tanto, el sustrato biológico de la función es el mismo del de las funciones de inteligencia y conciencia: la *corteza prefrontal* de los *lóbulos frontales*. Esta corteza se comporta “como un área de integración a la cual convergen todas las percepciones y memorias necesarias para elaborar el sentido unitario del *self*”¹⁶.

14. E. Segura, *El mago de las palabras: J. R. R. Tolkien* (Barcelona: Eduardo Segura y Editorial Casals S.A., 2003).

15. Ver capítulo *Motricidad*.

16. J. Téllez, “Neurobiología del *self*”, en *Avances, Rev Asoc Col Psiq Biol*, vol. 8: 19-41 (2007).

La introspección es un proceso basado en el lenguaje¹⁷.

Los procesos neurales inherentes a la creatividad no tienen nada que ver con la racionalidad, es decir, la creatividad no nace de la razón¹⁸.

Aunque todavía no se ha definido con precisión una “neuroanatomía de la creatividad”¹⁹, se investiga sobre los *procesos cognitivos asociados al manejo cerebral de la novedad*, y a los procesos neuronales del llamado “pensamiento divergente”²⁰.

Funcionamiento psicológico normal en la vida cotidiana

La subjetividad, escenario del mundo interno, permite la vivencia de *unidad, identidad y continuidad* del Yo reflejada en la conciencia de captación del Yo (corporal, psicológico y en relación con el entorno). Dicha conciencia se refleja en la vivencia de lo que se ha sido, de lo que se es y de lo que se cree se ha de ser, así como en lo que no se ha sido, no se es, ni se llegará a ser, dando autonomía y fijando *alcance* a la existencia²¹.

Una persona no puede vivir siempre con el miedo de perderse algo. Sé, por ejemplo, que nunca seré Papa, ni Sha de Persia, pero espero que este fallo no amargue mi vida. Ni mi hora final en el lecho de muerte.²²

En el inconsciente la *mente* está materializada en la fantasía y en las representaciones de la acción.

Las *emociones* y los *sentimientos* ayudan a filtrar rápida e inconscientemente diversas posibilidades, haciendo con ello una selección. De esta manera, las vivencias emocionales guían a veces de manera inconsciente la adopción de decisiones, hasta el punto en el cual la mente consciente es *capaz* de hacer una buena *elección*. Por lo mismo que un exceso de emoción (ira, por ejemplo) puede dar lugar a decisiones equivocadas, también una escasez de emoción, puede hacerlo²³. En general se acepta que las decisiones son tomadas “en la dimensión hedónica” de la experiencia consciente.

17. E. Goldberg, *El cerebro ejecutivo: Lóbulos frontales y mente civilizada* (Barcelona: Editorial Crítica, 2002).

18. R. Llinás, *op. cit.*

19. R. E. Jung *et al.*, “Neuroanatomy of Creativity”, in *Hum Brain Mapp*, 31(3): 398-409 (Mar., 2010).

20. R. E. Jung *et al.*, “White Matter Integrity, Creativity, and Psychopathology: Disentangling Constructs with Diffusion Tensor Imaging”, in *Plos One*, 5(3): 9818 (Mar., 2010).

21. G. Posada y C. Serrano, *op. cit.*

22. G. Jennings, *El Viajero (Marco Polo)* (Barcelona: Editorial Planeta, 2003).

23. Harvard Business Review, *Toma de decisiones* (Buenos Aires: Planeta, 2004).

La capacidad de introspección implica la conciencia de uno mismo y de la propia función psicológica. Es, en cierta forma, el asiento de la *subjetividad*, escenario de la *fantasía*, *del ensueño* y *de la reactividad emocional íntima*, bases de la obra creadora en las artes, la ciencia y la literatura.

Por lo general, uno no se observa directamente haciendo algo. Solo a través de la observación de otro se puede reconocer e identificar *el estado momentáneo interno de otro*. Esta comprensión que se adquiere *tratando de imitar* el comportamiento motor de otro, *actuando por mímica*, parece ser la base de la comunicación, del lenguaje base de la *comunicación*, del *lenguaje* y de la *empatía*.

La prospección implica la proyección sobre el hipotético futuro, de un plan de ser o de existir.

Con la introspección podemos diferenciar los fenómenos psíquicos que entran dentro del campo de conciencia.

Con la prospección podemos plantearnos el futuro.

—Ya que me preguntás, yo sería partidario de que no le escribieras nada sobre el tema. O sea que sigas simulando. Ya sé que eso hace que te sientas mal. Pero tené en cuenta que vos estás libre. Tenés otros motivos de interés y de afecto. Él en cambio tiene cuatro paredes y algunos barrotes. Decirle la verdad sería destruirlo. Y yo no querría que mi hijo fuera destruido precisamente ahora, después que ha sobrevivido a tantas calamidades. Algún día, cuando salga (sé que va a salir) podrás decírselo con todas las letras y también enfrentar toda su amargura. Y cuando llegue esa ocasión, te autorizo a que le digas que fui yo quien te aconsejó el silencio. Al principio le dará mucha bronca, estallará como en sus mejores tiempos, llorará tal vez, creará que el mundo se viene abajo. Pero para entonces ya no estará entre cuatro paredes, ya estará lejos de los barrotes, y también tendrá, como vos ahora, otros motivos de interés y de afecto.²⁴

Hay *introspección* cuando la atención dirige conscientemente la autoobservación (función de un Yo adulto y emocionalmente maduro) a los estados anímicos para registrar y describir fases y contenidos de los mismos. Una posible consecuencia del ejercicio de la introspección es adquirir conciencia de un conocimiento nuevo y creativo de un conflicto emocional, previamente vigente e inconsciente. A este último proceso se le denomina *insight*. El *insight* permite una reelaboración intelectual y reflexiva que da una visión nueva y distinta de sí

24. M. Benedetti, *Primavera con una esquina rota* (Barcelona: RBA Editores S.A., 1993).

mismo y, de alguna manera, conduce a modificaciones de conducta o al control de la descarga afectiva que genera ciertos comportamientos; permite también integrar y sintetizar nuevos contenidos del Yo.

El *enjuiciamiento de sí mismo* consiste en juicios de valor sobre lo que se descubre de sí mismo a través de la autoobservación, de la introspección y del *insight*, base de la capacidad de *autocrítica* y fuente potencial de *motivación*.

En psicopatología se entiende la *fantasía inconsciente* como una sucesión imaginaria de acontecimientos o *imágenes mentales* que son expresión de un conflicto emocional también inconsciente, en el que la fantasía intenta resolver el conflicto mediante la creación de sustitutos aparentemente satisfactorios para el Yo, pero objetivamente inadecuados o insuficientes en la realidad consciente. La fantasía inconsciente es también frecuentemente utilizada como sustituto de dicha realidad para la obtención de gratificación o de satisfacción pulsional de deseos, en la medida en que se rige más por el *principio de placer* que por el *principio de realidad*.

Así entendida, la fantasía sirve para plasmar contenidos internos y, a través de ella, captar el mundo interno²⁵.

La capacidad intuitiva facilita los procesos de creatividad, de análisis de problemas y de toma asertiva de decisiones, como un valor agregado a una adecuada capacidad de respuesta inteligente. Sin el concurso de estos otros elementos cognitivos, la sola intuición sería equiparable más a lo instintivo que a lo cognitivo.

El *self*, entendido como conciencia de sí mismo, representa un papel importante en la experiencia de la *emoción consciente*, pero no es agente de comportamiento²⁶, el cual está principalmente dinamizado por lo instintivo.

El niño evidencia la riqueza del proceso creativo a través del juego y de lo imaginario. Es probable que dicha capacidad creativa se vaya perdiendo con la edad, a medida que el niño se va haciendo más vulnerable y muestra menos tendencia a asumir riesgos por temor a sentir la vergüenza asociada “al fracaso”, o para evitar ser objeto de la burla o la crítica. Sin embargo, todos tenemos la capacidad de ser, de alguna forma particular, “creativos”.

El proceso creativo implica privilegiar el componente sensorial de la experiencia subjetiva vivida por el artista, movilizar lo simbólico de su

25. S. Brainsky, *Manual de psicología y psicopatología dinámicas* (Bogotá: Ed. Pluma, 1984).

26. R. P. Behrendt, “A Neuroanatomical Model of Passivity Phenomena”, in *Conscious Cogn*, 13(3): 579-609 (Sept., 2004).

subjetividad, darle resonancia estética, recrear la dialéctica creativa interactuando con el otro, y a través de un diálogo intersubjetivo exhibir lo creado y reaccionar frente a la subjetividad del otro, en espejo.

En el caso de la música, por ejemplo, a partir de *lo simbólico de su subjetividad* el artista identifica tonos y sonidos y con ellos da corporalidad a su experiencia. A continuación, en un segundo paso, con la práctica da resonancia estética a su música, en un tercer paso recrea la dialéctica creativa interactuando con otro (su público, con quien a través de la obra establece un tácito diálogo intersubjetivo) al que se exhibe lo creado, y frente al cual, en un cuarto paso, reacciona en espejo.²⁷

De manera análoga, en dicha dialéctica creativa a nivel individual se escenifican las dinámicas propias de los mundos externo e interno integrados por el *self*.

Psicopatología

Las alteraciones de la subjetividad están relacionadas con las alteraciones de la *conciencia de captación del Yo* (despersonalización, trastornos de la identidad del Yo), dificultades en la vivencia de un adecuado *contacto con la realidad* (disociación), alteraciones de la captación y *aceptación de la corporeidad* (identidad genérica, armonía psicomotora, hipocondría, anorexia, dismorfofobia), manejo distorsionado de la *temporalidad* (depresión, manía, obsesión) y de la *espacialidad* (pánico, fobia, esquizofrenia), y con los trastornos más globales de la *personalidad*.

La exageración patológica de la ponderación de la realidad interna, haciendo exclusión de la realidad externa o distorsionando la claridad de la estimulación específica de los dos ámbitos de realidad (mundo externo-mundo interno), es típica de los procesos psicóticos.

La pobreza de la función intuitiva se asocia con los fenómenos de concreción del pensamiento, con los de pobreza creativa y, en menor grado, con los propios de la dificultad para el análisis y la toma de decisiones.

La dificultad o incapacidad de introspectar o de prospectar en forma realista está en relación con las alteraciones de la conciencia de captación del yo psicológico y con las dificultades de simbolización y abstracción.

27. G. Hagman "The Musician and the Creative Process", in *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry*, 33(1): 97-117 (Spring, 2005).

Blanco como la nieve, rojo como la sangre y negro como el ébano. Cuando ella, con su falda negra y su blusa blanca, se hallaba sentada sobre el escarlata que, a su vez, estaba extendido sobre el blanco, y él –también de blanco y negro– echaba vino rojo en una copa que ella sostenía en su mano enguantada en blanco, entonces, para asombro de sí mismo, él, *maldición y condenación*, él le tomó la mano y empezó a besarla, algo ocurrió, la escena se difuminó y al minuto estaban tendidos en la manta escarlata, rodando sobre los quesos, los fiambres y las ensaladas y patés, que quedaron aplastados bajo el peso de su deseo, y cuando volvieron al Hispano-Suiza fue imposible ocultar nada al chofer y a la doncella, por las manchas de comida de sus ropas, pero al minuto siguiente ella se apartaba de él no con crueldad sino con tristeza, retirando la mano y moviendo ligeramente la cabeza, no, y él, de pie, se inclinó y retrocedió, dejándola con la virtud y el almuerzo intactos, las dos posibilidades se alternaban mientras Rosa se moría dando vueltas en la cama, lo hizo, no lo hizo, elaborando la última versión de la historia de su vida, incapaz de decidir cuál de las dos quería que fuera cierta.²⁸

Estas incapacidades dificultan o impiden *la autocrítica, el juicio objetivo y la rectificación del error subjetivo*.

Mucho se ha escrito –más desde lo simplemente anecdótico que desde lo riguroso de la investigación científica– sobre “*creatividad y enfermedad mental*”, para señalar cómo ciertas formas de daño cerebral, de psicopatología o de enfermedad, “liberan” habilidades inéditas en el campo de la creatividad artística y representan de algún modo un “efecto positivo” de la patología. Estos fenómenos han sido observados, sabidos y comprendidos desde la época en que Jackson señaló cómo a una lesión de un nivel neurológico superior que ejerce algún tipo de “inhibición” sobre estructuras subyacentes o arcaicas se sigue una “liberación” de las previamente inhibidas.

Dieguez²⁹ intenta un abordaje –que supera lo anecdótico– que permite la aproximación objetiva a los procesos de creación en “cada caso puntual”, combinando los conocimientos de la neurología, la psiquiatría y las neurociencias, con la biografía del autor –paciente– y con el material artístico específico que elabora a partir del daño. Con ello ha logrado una aproximación más realista y

28. S. Rushdie, *Los versos satánicos* (Barcelona: Seix Barral, 1988).

29. S. Dieguez, *Artist's Afflictions: How Sickness Influences Creativity* (Paris: Bibliotheque Scientifique, Belin: Pour la science, 2011).

objetiva de la creación artística de pacientes famosos, en los que logra una descripción detallada y clarifica adecuadamente las patologías de base. El resultado de su estudio identifica la “divina enfermedad” en *Dostoievsky* (epilepsia de lóbulo temporal), asociada a su reconocida inestabilidad emocional y a hipochondría; reconoce las pseudoalucinaciones auditivas –al parecer secundarias a la ELA y a un fragmento de bala alojado en el área temporal del ventrículo izquierdo, relacionado con la audición y correlacionado con “desinhibición de la corteza auditiva”–, que en forma de tonos moldean las partituras musicales de *Shostakóvich*; o la “plétora de ansiedades, insomnio, migraña y abuso de psicotrópicos”, que, asociados al trastorno límite de la personalidad, explican las dificultades cognitivas, los problemas de memoria y las dificultades para la escritura que asolaron a ese particularmente “mal paciente” que fue *Proust*; o la cinesesia de *Nabokov*, explícita en los colores de sus famosos arcoíris, que, en las versiones rusa e inglesa que corresponden a la secuencia de colores, está invertida; o el tabes dorsal de *Daudet*; o cómo afectaron a *Kahlo* en su mundo imaginario las malformaciones congénitas (esпина bífida, escoliosis) y adicionalmente las debidas al polio, además de aquellas afectaciones aparentemente menos visibles resultantes de ser hija de un padre epiléptico y una madre histérica, y quien adicionalmente “pierde su virginidad” cuando en un accidente es atravesada por una barra ortopédica de su corsé, que le entra por el abdomen y le sale por la vagina.

Formas de exploración y detección

Se observa cuidadosamente la capacidad y facilidad de expresar las reacciones emocionales y comportamentales, y la riqueza de tales expresiones.

También la capacidad de expresar lo que se piensa y se siente con respecto a sí mismo y la confrontación que se hace con las exigencias de la realidad individual.

Las personas muy inhibidas o bloqueadas emocionalmente poco pueden hablar de su subjetividad y de su mundo interior.

Por otra parte, se explora la facilidad con la que el paciente puede hacer planes sobre su realidad inmediata y proyectada a un futuro de corto, mediano o largo plazo y la concordancia de tales planes con la realidad objetiva.

En general, existe capacidad de introspección si el paciente comprende que existe un problema, que su pensamiento y su comportamiento influyen sobre ese problema y que puede necesitar ayuda³⁰.

Los seres humanos tienen un talento manifiesto para engañarse a sí mismos cuando se ven afectadas sus emociones.³¹

La visión de futuro suele ser considerada el organizador principal del comportamiento³². El comportamiento suele organizarse partiendo de la propia idea de futuro, la cual ha de indagarse explícitamente.

Hay personas que lloran al saber que las rosas tienen espinas: otras, rien de alegría al saber que las espinas tienen rosas (Confucio).

Sinopsis

Alteraciones de la subjetividad en relación con patologías o comorbilidades de

{ la conciencia de captación del Yo y de aceptación de la imagen corporal, el manejo de la témporo-espacialidad, el contacto con la realidad, los trastornos de la personalidad.

Alteraciones en relación con una pobre capacidad de introspección: *insight* pobre o nulo.

Pobreza de la función intuitiva en relación con concretización del pensamiento.

Dificultad para la introspección y/o la prospección.

Ausencia de la capacidad de introspección y/o prospección.

30. J. Rundell y M. Wise, *Fundamentos de la psiquiatría de enlace* (Bogotá: Licitelco S.A., 2003).

31. C. Sagan, *Cosmos* (Barcelona: Editorial Planeta, 1987).

32. R. Ursano *et al.*, "Respuestas comportamentales a la enfermedad: Personalidad y trastornos de la personalidad", en J. Rundell y M. Wise, *op. cit.*

Motivación

Buscar los antecedentes de un suspiro nos puede llevar al instante anterior, o al sexto día de la Creación.

CIORÁN

Definición y conceptos básicos

La *motivación* es un sistema resultante de varias funciones psicológicas que en conjunto tienen la propiedad de ser el *motor de la acción*. La motivación es lo que impulsa a actuar.

La mayoría de los campesinos *Han* eran analfabetos y no les importaba continuar así, pero aquel chico había aprendido a leer, no sé cómo, estaba decidido a superar su pobreza y había pedido prestados libros para estudiar. No podía descuidar el trabajo del campo, porque él era el único sostén de sus ancianos padres, y cuando conducía su buey para labrar el campo ataba un libro a los cuernos del animal y leía. Y de noche, leía alumbrándose con la luz de los gusanos de luz que recogía de los surcos del campo durante el día, pues la familia no podía permitirse siquiera comprar grasa para la lámpara de aceite.¹

La motivación tiene componentes conscientes (los que son producto de la función del *neocórtex prefrontal*) y componentes inconscientes (los que son producto de la función de la *corteza límbica*).

El predominio de uno de estos componentes es el que define a la motivación como *motivación consciente* (racional, elaborada, autocriticada y en relación con la decisión, con la intencionalidad, con la voluntad y con la conducta

1. G. Jennings, *El Viajero (Marco Polo)* (Barcelona: Editorial Planeta, 2003).

dirigida), o como *motivación inconsciente* (instintiva, impulsiva, relacionada con pulsiones básicas necesarias para la supervivencia, la perpetuación de la especie, la defensa de las crías y del territorio).

La *apatía* puede definirse como la ausencia de sentimientos, emociones, interés o preocupación² frente a eventos o situaciones que normalmente deberían producir algún tipo de respuesta emocional concordante.

Entre los extremos de alta motivación y de apatía aparece la *desmotivación*.

Bases biológicas de la función

La información que ingresa por el *sistema límbico, por el hipotálamo y el sistema reticular*, y la que procede del *self* que transmite respuesta emocional provocada, son procesadas por la *corteza límbica* que las analiza y evalúa y da respuesta “favorable” o “desfavorable”. Cada una de estas respuestas es interpretada por el *cerebro central* en forma de “placer” o de “displacer o aversión”, respectivamente.

De esta forma, se establece de interjuego *castigo-recompensa*, que actúa como *reforzador de la motivación*.

En síntesis, la interpretación de placer o aversión genera la motivación para la acción de “seguir” o de “parar”, según sea el caso.

Así, desde la *corteza límbica* la motivación es transmitida a la *corteza prefrontal contigua* que actúa como el *centro de la acción de imitación* o centro de la *actividad cortical consciente* y de la *memoria afectiva*³.

Alrededor de la repetición de las respuestas de castigo y recompensa los *genes* pueden construir un sistema complejo susceptible de producir conductas y comportamientos apropiados según la necesidad, pero flexibles, según el tipo de motivación dominante.

Los *agonistas de dopamina* son neurotransmisores claves en las vías cerebrales de gratificación y motivación. Las fibras largas del sistema de agonistas de dopamina que salen del *área tectamental ventral* y se proyectan hacia el *cuerpo estriado ventral (núcleo auditivo y tubérculo olfatorio)* y la *corteza prefrontal*, se asocian con la motivación.

2. S. C. Yudofsky and R. E. Hales, *Textbook of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* (Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 2002).
3. R. Houdart, “Affectivity in the Nervous System”, in *Encephale*, 30(3): 236-244 (May-Jun., 2004).

La *corteza anterior del cíngulo* se asocia con la motivación y la gratificación, y sus lesiones se asocian con apatía. Las lesiones del *lóbulo frontal*, el *caudado* y el *pallidus* también se asocian con *apatía*.

El trastorno depresivo mayor, la edad avanzada, el deterioro cognoscitivo y las lesiones del brazo posterior de cápsula interna cursan con desmotivación y predicen la aparición de la *apatía*.

Las lesiones del *circuito dorsolateral de los lóbulos frontales* se ha asociado con síndromes que cursan con *apatía* y déficits volitivos⁴.

Lesiones de los *ganglios basales* y sus conexiones límbicas se han asociado con *atimormia* (descrita por Dide y Guiraud, en 1922, como defecto fundamental de la *hebefrenia*: desinterés, inercia e ineffectividad), y con otros desórdenes de la motivación⁵, emparentados con el *embotamiento afectivo* y la *anhedonia*.

La *amígdala* y la *corteza prefrontal* juegan un rol fundamental en la relación entre *emociones* y *motivación*⁶.

Funcionamiento psicológico normal en la vida cotidiana

Dado que la motivación es un motor hacia algún tipo de acción, el estado previo que la dinamiza puede ser un estado de privación o *carencia* (hambre, sed), o un *sistema de valores* (reconocimiento social, honestidad), o una *creencia* en ideas firmemente arraigadas (religión, política), e incluso una *disonancia cognitiva* o incongruencia o disarmonía entre creencias, conocimientos y conductas, cuya coexistencia produce una tensión de inconformismo que a su vez actúa como motivación para el cambio⁷.

La motivación *instintiva* es básica para la supervivencia y la adaptación al medio, y forma parte de la *memoria implícita*.

La motivación *consciente* se asocia con la plasticidad cerebral y la *memoria explícita*. Esta es la memoria que permite respuestas conscientes.

4. M. Taylor and N. Vaidya, *Descriptive Psychopathology*, ebook (New York: Cambridge University Press, 2009).
5. M. Habib, "Athymormia and Disorders of Motivation in Basal Ganglia Disease", in *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 16(4): 509-524 (Fall, 2004).
6. R. N. Cardinal *et al.*, "Emotion and Motivation: The Role of the Amygdala, Ventral Striatum and Prefrontal Cortex", in *Neurosci Biobehav Rev*, 26(3): 321-352 (May, 2002).
7. H. Kaplan and B. Sadock, *Synopsis of Psychiatry* (Baltimore: William & Wilkins, 1998).

Las reacciones afectivas básicas son inconscientes y pueden interactuar con la motivación consciente para influenciar la conducta. Entre más consciente sea la motivación, más libre es la elección y más racional la decisión.

Entre mayores componentes inconscientes tenga la motivación, la decisión será menos consciente, menos libre, menos racional.

De ahí la importancia axiomática de la actividad psicoanalítica de “*hacer consciente lo inconsciente*”. Ello explica también el porqué la *interpretación psicodinámica* moviliza los *sistemas motivacionales*⁸.

Los reforzadores de la motivación son *el castigo y la recompensa*.

Las llamadas “emociones positivas” se han asociado con “buena motivación”, con buena *capacidad de resiliencia* y con altos niveles de salud y de bienestar^{9, 10}.

El pueblo japonés se ha levantado nuevamente después de haber sufrido hace un año la devastación del peor terremoto registrado en las últimas centurias, seguido de un tsunami de una magnitud sin registro previo, responsables inmediatos de los daños en las plantas nucleares que han irradiado y contaminado centenares de kilómetros a la redonda, y que han afectado toda la vida cotidiana del país. Solo ha habido tiempo para llorar unas lágrimas por los seres perdidos durante estas tragedias simultáneas, antes de reiniciar la reconstrucción.¹¹

Psicopatología

El sistema de valores puede determinar conductas de connotación psicopatológica.

La pérdida de la capacidad de controlar el deseo de obtener drogas y la escasa motivación aparente por superar la patología adictiva, han estado en el centro de las investigaciones de las *adicciones*, en las que se han identificado ciertas bases neurales de la regulación de algunos neurotransmisores en los casos de adicción¹².

8. H. Bleichmar, “Making Conscious the Unconscious in Order to Modify Unconscious Processing: Some Mechanisms of Therapeutic Change”, in *Int. J. Psychoanal*, 85(Pt 6): 1379-1400 (2004).
9. B. L. Fredrickson, “The Broaden-and-Build Theory of Positive Emotions”, in *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*, 359(1449): 1367-1378 (Sep. 29, 2004).
10. F. L. Philippe *et al.*, “Resilience and Positive Emotions: Examining the Role of Emotional Memories”, in *J Pers*, 77(1): 139-175 (Feb., 2009).
11. Notas periodísticas en el primer aniversario de la tragedia de Japón de 2011.
12. P. W. Kalivas and N. D. Volkow, “The Neural Basis of Addiction: A Pathology of Motivation and Choice”, in *Am J Psychiatry*, 162(8): 1403-1413 (Aug., 2005).

El *síndrome amotivacional* es un trastorno caracterizado por la disminución significativa o la pérdida de motivaciones, más intenso, generalizado y duradero que la simple *desmotivación*; produce como manifestación secundaria un aparente trastorno del afecto (con pobre reactividad) y de la conducta (de tipo aparentemente apático), sin que dichas manifestaciones sean directamente dependientes de depresión ni de apatía. Puede estar correlacionado y ser consecuencia de consumo crónico de marihuana o ser parte de las denominadas *crisis existenciales o de valores*.

La apatía, como *síntoma*, se encuentra en trastornos depresivos, en SMO (demencias, lesiones cerebrales traumáticas o vasculares, en la enfermedad de Parkinson, en la corea de Huntington) y en abusadores crónicos de cannabis; en todos ellos, la apatía ejerce un impacto negativo sobre la recuperación o la estabilización de la enfermedad, asociándose a un deterioro global de la vida cotidiana.

Frecuentemente se asocia con ausencia de motivación en el cuidado personal, en el contacto interpersonal y en la espontaneidad, la actividad vigil y el desinterés de lo que ocurre en el mundo circundante.

Formas de exploración y detección

Desde el punto de vista clínico es importante distinguir la eventual psicopatología del sistema motivacional, identificando su origen consciente, inconsciente o mixto.

El conocimiento de la motivación permite entender la conducta específica. Por ello, es importante identificar las *motivaciones básicas* psicológicas de amor (pertenencia, amistad, cariño), poder (reconocimiento, respeto), libertad (elección, autonomía), seguridad, tranquilidad, recreación, etc.

La observación retrospectiva de la conducta puede facilitar la exploración del sistema de valores del individuo, el cual a su vez se confronta con el tipo de motivaciones identificadas.

Sinopsis

Desmotivación
Síndrome amotivacional
Apatía

Capacidad de esfuerzo

Ni la simple voluntad, aunque sea real, hace nacer un Bramante, un Rafael, un Buonarrotti.

SARAMAGO

Definición y conceptos básicos

Se habla de *capacidad de esfuerzo* para referirse a la función dependiente de la *voluntad* que permite *identificar, buscar y conseguir* logros predeterminados.

Implica orientar activa y selectivamente la mayor parte de las funciones psicológicas y un gran aporte y consumo de energía física o psíquica.

Es la base de la consecución de metas y, por tanto, fuente de gratificación o frustración.

Mientras dura el esfuerzo, el proceso puede ser vivido como egodistónico, ya que en *forma inmediata* es más placentero lo que menos esfuerzo requiere, según el *principio de placer*.

El *principio de realidad* implica hacer el esfuerzo por conseguir lo que se requiere y enfrentar la *frustración* de que lo que se desea no siempre se obtiene cuando se quiere.

La reacción infantil y la emocionalmente inmadura exigen su satisfacción en forma perentoria, pues es una *reacción instintiva*.

La *reacción adulta y emocionalmente madura* se ajusta a las exigencias de la realidad, hace los esfuerzos por la consecución del objetivo, y si es del caso *aplaza la satisfacción* y maneja la frustración.

El solo deseo de realización no es suficiente. Adicional a esto, se requiere hacer un *esfuerzo con determinación*¹.

1. Varios, *On the Wings of the Swan*. Conversaciones con Swami Niranjananda Saraswati (Bogotá: Academia de Yoga Satyananda, 2005).

En este sentido, la capacidad de esfuerzo está asociada con la adquisición de la capacidad de *tolerancia a la frustración*, y con la *capacidad de adaptación a la realidad*.

Aprendizaje y experiencia, es decir, adecuada inteligencia, son requisitos para el desarrollo de la función.

Bases biológicas de la función

En la medida en que la capacidad de esfuerzo rompe con el círculo vicioso del *instinto* (necesidad imperiosa de satisfacción, respuesta masiva e inmediata, satisfacción de la pulsión) inserta un elemento nuevo: la *razón* (que arrastra consigo el pensamiento racional y con él el aplazamiento de la gratificación y la orientación de la voluntad), la relación quedaría así: “impulso instintivo - necesidad de satisfacción”. Entre el impulso y la gratificación se interponen la *razón* y la *actuación*, así: “impulso - razón (pensamiento, ponderación de posibilidades, elección de la respuesta más adecuada) - acción (esfuerzo, voluntad)”, con el resultado de la consecución del objetivo (gratificación aplazada), o no consecución del objetivo (frustración).

La función se ejerce sobre un SNC sano y maduro.

Funcionamiento psicológico normal en la vida cotidiana

La capacidad de esfuerzo permite superación personal y progreso social en los distintos ámbitos de lo cotidiano. Dicha capacidad es altamente apreciada en las sociedades competitivas y su carencia o falencia, condiciona la mayoría de las veces la denominación genérica del *fracaso*.

Borge Ousland cruzó el Polo Norte desde Rusia hasta Canadá. Es decir, por 1.996 km caminó, esquió, nadó, y lo hizo solo. “La primera semana de la última expedición en solitario de mi vida casi me derrota. Me había preparado durante dos años; estaba en excelente condición física y motivado (ya había viajado solo al Polo Norte en 1994 y por el Polo Sur en 1997). Estaba listo para un triatlón infernal... que me convierte en la primera persona que cruza por sí sola ambos polos... Pero tras unos días de haber iniciado la travesía, el trineo con todas mis provisiones empezó a romperse; los patines se aflojaron y la cubierta se rasgó y se desgastó. Ya había sobrevivido una noche brutal en la que el océano Ártico casi engulle mi primer campamento. A la mañana siguiente no encontraba nieve para derretir como agua de

beber... La lección final del viaje es, no te rindas, aun cuando todo parezca no tener solución”.²

La pobre capacidad de esfuerzo está habitualmente asociada con la *pe-reza*, que cuando es crónica constituye la “suprema ociosidad”, la cual con diferentes matices e intensidades configura el cortejo sintomático de la denominada “pasión de la pasividad”³: tendencia a la excesiva modestia, desgana, falso ascetismo, ocio sistemático, hastío y escepticismo.

Envidia pasiva: doliente que amarillea el cuerpo y oscurece el alma.⁴

Psicopatología

En psicopatología se valora si de manera sistemática un individuo demuestra orientar su voluntad en forma asertiva para la consecución de metas adecuadas. Si tiene iniciativa y logra traducir el deseo o el pensamiento en acción asertiva. En general hay asociación con *actitud pasiva*, con *apatía* o con *síndrome amotivacional*.

—Debería usted trabajar, ganarse la vida, concentrar sus fuerzas.

—¿Mis fuerzas? Las he malgastado, las he empleado todas en borrar de mí los vestigios de Dios... y ahora me encuentro *desocupado* para siempre.⁵

Formas de exploración y detección

Se observa con detenimiento el tipo de fracasos de aprendizaje, laborales, sociales, económicos o en metas personales, y se confrontan con el tipo y calidad de esfuerzos efectivamente ejercidos para lograr éxito. No es lo mismo un sujeto que fracasa escolarmente por negligencia o vagancia, que otro que a pesar de esfuerzos sostenidos y estudio obtiene el mismo fracaso.

2. National Geographic en español, vol. 10, núm. 3:36-47 (marzo de 2002).

3. C. Gurméndez, *Tratado de las pasiones* (México: Fondo de Cultura Económica, 1986).

4. C. Gurméndez, *ibidem*.

5. E. M. Cioran, *De lágrimas y de santos* (Barcelona: Tusquets Editores S.A., 1988).

Sinopsis

Psicopatología de la capacidad de esfuerzo { Pobre
Nula
Inadecuada

III parte

**PSICOPATOLOGÍAS EN LA VIDA
COTIDIANA**

Las psicopatologías se expresan a través de la conducta, en la vida cotidiana

Si bien es cierto el aforismo de que “no nacemos (totalmente) aprendidos”, también es cierto el hecho de que “no nacemos (absolutamente) ignorantes de todo”. Es decir, necesitamos aprender algunas –muchas– cosas, pero no somos *tábula rasa* al momento de nacer.

A través de la observación del proceso evolutivo del SNC hemos aprendido que el *conocimiento* viene jerarquizado:

- Que las estructuras subcorticales más antiguas vienen prediseñadas exclusivamente con información del *phylum*, que guarda la experiencia de millones de años de *evolución de los mamíferos*, que son procesos cerebrales genéticamente codificados, transmitidos en forma innata, que son activados instintiva o automáticamente, y que se expresan como respuesta emocional básica a estímulos específicos.
- Que la corteza motora tiene también un alto componente prediseñado que nos evita tener que aprender movimientos reflejos, automáticos o habituales.
- Que las nuevas regiones corticales procesan *inputs* sensoriales muy especializados que lo conectan con el mundo exterior (con ello transmiten *conocimiento desde la misma especie*), que dicho conocimiento es expresado como una serie de “*códigos culturales*” que facilitan la adaptación al medio, que guardan miles de años de *experiencia humana*, y que es expresada como *lenguaje* y otros *códigos simbólicos*.
- Que las regiones corticales más nuevas y más complejas son las que forman la “*corteza de asociación*” (capacidad de las más avanzadas regiones “emergentes” de la corteza, porque emergen del cerebro como

“mente abierta”), que viene con *muy poco conocimiento preestablecido*, prediseñado o predeterminado, lo que presupone que hay “varios” hechos que deben ser “aprendidos” (que no son innatos), a través de la *experiencia* o por medio de la *cultura*, conocimientos que son expresados como *habilidades y competencias de grupo* (como los comparados por individuos de la misma profesión), que guardan cientos de años de la experiencia colectiva del gremio y permiten el desarrollo de una actividad especializada.

- Y, que desde *el individuo*, a través del lenguaje (“reflejo de su inteligencia; inteligencia tan buena como su lenguaje”), son un reservorio de *conceptos* con los cuales también se hacen “patrones de realidad”¹.

A partir de las áreas de “*proyección sensorial primaria*” aportadas por el cerebro primitivo, las nuevas formas evolutivas del SNC jerarquizan el procesamiento de información más compleja en los “*córtices de asociación específica de modalidad*”, y en forma aún más tardía en los “*córtices de asociación heteromodal*” de las cortezas *inferotemporal, inferoparietal y prefrontal*, que integran los *inputs* de muchas modalidades, con los que el cerebro ejecuta la parte más compleja de todo el procesamiento de información y con los que lo dotan de su máxima eficacia computacional.

El resultado final es que el cerebro logra con ello identificar ejemplares “únicos”, como miembros de “categorías genéricas”, gracias al aporte de la capacidad cognitiva fundamental, que es la *percepción categorial* (por la que “no es necesario haber visto “todas” las corbatas existentes para identificar una corbata particular, en un almacén de corbatas”). Esta función se ejecuta de manera automática, rápida e inconsciente². Lesiones de estas áreas producen *agnosias asociativas* en las que hay una “ruptura perceptiva” que impide integrar el “objeto completo” (una rosa), a partir de sus dimensiones sensoriales específicas (el olor de la rosa, el tallo con espinas, el color rosado de la rosa).

El *patrón de reconocimiento* es la más poderosa herramienta cognitiva del cerebro humano. Es la capacidad de reconocer como “nuevo” un rostro, un objeto, una situación o problema, de entre el “total” de rostros, objetos, situaciones o problemas existentes. Sin esa capacidad, todo sería nuevo, y por tanto, seríamos

1. E. Goldberg, *The Wisdom Paradox* (New York: Gotham Books, 2006).
2. E. Goldberg, *El cerebro ejecutivo: Lóbulos frontales y mente civilizada* (Barcelona: Editorial Crítica, 2002).

incapaces de diferenciar y de priorizar la experiencia. De esta forma se constituye en un mecanismo fundamental para poder resolver problemas. Es la base de la *experticia*, de la *sabiduría* y de la *competencia adaptativa*³.

Los “*patrones de formación*” evitan tener que aprender “cada uno, todo por sí mismo”, y que “cada individuo tenga que construir su propio sistema cognitivo”. Esta actividad cerebral trasciende la capacidad computacional de un cerebro individual y está en la *base de la construcción del lenguaje*, propio de la especie. Esto permite acumular “conocimiento del grupo social” en una saga de conocimientos acumulados a través de milenios.

Esta transmisión no genética del conocimiento se hace por medio de la *cultura*, como una “continuidad evolutiva” que tiene como prerequisite la adquisición de los “*sistemas simbólicos*” (uno de los cuales, no el único, es el lenguaje). Este conocimiento es guardado y comunicado a través de varias fuentes culturales, y transmitida de generación en generación, es fuente de la “*sabiduría colectiva*”⁴.

Hoy sabemos que la especialización cerebral no está en función de la anatomía ni está dictada genéticamente. Es el resultado de la *experiencia*. La misma *plasticidad neuronal* (capacidad cerebral para cambiar o reorganizar funciones corticales) es una respuesta a la experiencia.

Esto quiere decir que si bien es cierto que es el mundo externo el que determina la mayor parte de las propiedades funcionales del cerebro⁵, no menos cierto es que el ámbito de la vida personal, que se desarrolla en el diario vivir, es el escenario en el que el individuo se hace responsable por el cuidado, desarrollo y mantenimiento de su propio cerebro (alimentación sana y balanceada, sueño “higiénico” y reparador, actividad creativa e intelectual, ejercicio activo voluntario, relajación y meditación, cultivo de emociones positivas)⁶, al moldear las condiciones ambientales que favorecen o facilitan un adecuado desarrollo cerebral.

Así como la cultura modela las “*peculiaridades*” para hacerlas colectivamente útiles, la complejidad de la conducta de un organismo refleja tanto el ambiente en el que vive el organismo como la estructura interna del mismo⁷.

3. E. Goldberg, *The Wisdom Paradox*, *op. cit.*

4. E. Goldberg, *ibidem*.

5. S. H. Begley, *Train your Mind, Change your Brain* (New York: Random House Inc., 2008).

6. R. Goldman, R. Klitz and L. Berger, *Brain Fitness* (New York: Random House Inc., 1999).

7. S. H. Begley, *op. cit.*

Dado entonces que la realidad por excelencia es la misma *vida cotidiana*, y lo cotidiano se hace en las interacciones que vivimos a diario, el escenario privilegiado que tenemos para observar al individuo en su realidad emocional es la *conducta* que exhibe y que se expresa en su actuar, o no actuar, en su vida diaria, que se refleja en su sistema de creencias y valores, en la forma como desarrolla y ejercita su capacidad de predictividad, en la asertividad con la que toma decisiones y en la satisfacción, o no, que deriva con sus propios resultados.

Conducta social habitual

Aquí no solo hay gente discreta y bien educada,
algunos son unos zotes de poca crianza, que se
alivian matinalmente con gargajos y
ventosidades sin pensar quién está al lado, verdad
es que durante el día obran de la misma conformidad,
y no hay nada que hacer contra esto.

SARAMAGO

Definición y conceptos básicos

La *conducta social* hace referencia a la adaptación a las conveniencias, exigencias y reglas de la vida social del grupo en el que se vive. Consiste en un amplio bagaje de *aprendizajes* acumulados y perfeccionados a lo largo de la vida¹.

Las sociedades actúan a través de los más diversos medios para adecuar a sus miembros a su forma de vida, para que adquieran un fuerte sentido de pertenencia e identificación con la misma y para que asuman gramáticas axiológicas y escalas valorativas uniformes² con respecto a creencias (relacionadas con el cuerpo y lo sexual, lo religioso y lo estético, la vida y la muerte, etc.), internalización de ideologías y todo un conjunto de reglas que señalan límites a la conducta, y códigos de control social que le permiten persistir y pervivir como sociedad.

La conducta social incluye las *actitudes* frente al grupo social (de confianza y cooperación, de oposición, de indiferencia y las antisociales), los cuidados corporales, la limpieza y la disciplina esfinteriana.

1. J. Quemada, "Psicopatología y daño cerebral", en *Revista Informaciones Psiquiátricas*, 189: 239-252 (2007. Publicaciones científicas. Hermanas Hospitalarias del SCJ).
2. G. Rey, "Las huellas de lo social: interacción, socialización y vida cotidiana", en *Signo y Pensamiento*, nro. 11: 9-29 (Pontificia Universidad Javeriana, 1987, Bogotá).

Cuando la gente nos sacaba la lengua para saludarnos descubríamos que esta parte de su cuerpo era lo único que no estaba incrustado de porquería. Llevaban ropas grises y mugrientas y no pude distinguir si los hombres y las mujeres vestían diferentes modelos de gris y suciedad. Pude diferenciar los sexos porque los hombres se tomaban la molestia de abrir sus largos vestidos cuando orinaban en la calle; las mujeres simplemente se ponían en cuclillas y no llevaban nada bajo sus ropas exteriores, o al menos eso espero. A veces un montón de excrementos más grande de lo normal se agitaba débilmente en medio de la calle, y yo descubría que se trataba de un ser humano echado en el suelo esperando la muerte, generalmente un hombre o una mujer muy viejos.³

La *respuesta conductual primitiva* siempre responde al *principio de placer*, en el que cualquier obstáculo a la consecución del mismo provoca en forma instintiva frustración y agresión.

La *respuesta conductual social* se ajusta al *principio de realidad*, en el cual la no consecución inmediata del placer debe conducir al aplazamiento de la satisfacción, a la renuncia de la agresión o a la respuesta sublimada de la frustración, en formas socialmente aceptables.

La causa de la respuesta agresiva es la frustración.

La agresividad así entendida tiene varias acepciones:

- *La agresividad-conservación*: la agresividad se pone al servicio de la supervivencia a través de sistemas adaptativos y de defensa; es instintiva.
- *La agresividad-autoafirmación*: equivalente a una actitud de autoestima por la cual luchar por conseguir una mejor calidad de vida; es una actitud del Yo que no convoca daño del otro; es socializada.
- *La agresividad-hostilidad*: es una conducta que a partir de gestos o palabras que implican humillación del otro, se actúa en formas que implican opresión y destrucción del otro, es decir, adopta la forma de *violencia*.

De esta manera, entendemos que la agresividad-conservación, como instintiva y primitiva, es patrimonio de todas las especies animales; es utilizada solo en aras de la consecución de alimento, de la defensa de las crías, de la especie y de la defensa del territorio.

3. G. Jennings, *El Viajero (Marco Polo)* (Barcelona: Editorial Planeta, 2003).

En el otro extremo, la agresividad-hostilidad, que implica destructividad y violencia, es la conducta que más atenta contra el orden social. No se conoce ninguna especie animal que, sin causa, premedite la destrucción de otro de su misma especie; salvo, por supuesto, el hombre.

Cualquier bárbaro chapucero puede matar a un sujeto. Pero para conducir, guiar, instruir, halagar ingeniosamente a un hombre o a una mujer a través de su agonía, ¡ah!, para esto se necesita un acariciador.

—Entiendo —dije—, continuad, por favor.

—Después de purgar al sujeto y de hacerle evacuar para que no se produzcan accidentes desagradables, se le ata y se le deja erguido entre dos postes, de modo seguro, pero no incómodo, para que yo pueda aplicar las caricias a su parte frontal, lateral o posterior, según convenga. Mi banco de trabajo tiene trescientos treinta y seis compartimientos, cada uno de ellos pulcramente etiquetado con el nombre de una parte del cuerpo, y en cada uno descansan uno o varios instrumentos exquisitamente diseñados para utilizarlos en esta parte. Según que el lugar del cuerpo correspondiente sea de carne o de tendón, o de músculo, o de membrana, de saco o de cartilago, los instrumentos pueden ser cuchillos de determinadas formas, o leznas, sondas, agujas, pinzas, raspadores. Los instrumentos están siempre afilados y bruñidos, y mis ayudantes están preparados: los secadores de fluidos y los recuperadores de piezas. Comienzo efectuando las tradicionales meditaciones. Con ello me pongo a tono no solo con los temores del sujeto, que normalmente son manifiestos, sino también con las aprensiones más interiores y con los niveles más profundos de respuesta.

(...) Después de mi meditación el proceso es el siguiente. Escojo un papel del cesto, al azar, y lo desdoble y me indica la parte del sujeto destinada a la primera caricia. Supongamos que dice meñique izquierdo. ¿Me aproximo yo al sujeto, como lo haría un carnicero y le siervo el meñique? No. Quizá en la primera ocasión me limite a introducir profundamente una aguja debajo de la uña de ese dedo. Como es natural, el segundo papel que escoja me llevará a una parte diferente del cuerpo, a otra extremidad, o a la nariz, o quizás al testículo.

(...) Uno no se limita a correr de un lado al otro sacando papeles y luego cortando trozos del individuo. No, yo actúo con más calma entre una operación y la siguiente, porque el sujeto debe disponer de todo el tiempo necesario para apreciar cada uno de los distintos dolores. Y su naturaleza ha de variar, ahora una incisión, luego una punción, después un raspado, una quemadura, una trituración. Además las heridas han de variar en intensidad, para que el sujeto no solo experimente una agonía general, sino una multitud de dolores

separados que pueda diferenciar y *localizar*. Aquí, arrancar lentamente una muela superior y clavar un clavo en el lugar que ocupaba hincándolo hasta el seno frontal. Allí, romper y aplastar la articulación de un codo con un ingenioso tornillo lento que inventé. Más allá, insertar por el canal interior del pene una sonda de metal al rojo vivo, o aplicarla delicada y repetidamente al tierno bulbito situado bajo la abertura de las piernas de la mujer. Y quizás entre ambas operaciones desollar la piel del pecho y dejarla colgando como un delantal.

Yo tragué saliva, y pregunté:

—¿Cuánto tiempo dura esto, maestro Ping?

Él se encogió remilgadamente de hombros.

—Hasta que el sujeto perezca. Pero hasta ahora nadie ha muerto de morir, si me explico. Este es mi mayor arte; prolongar esta muerte y aumentar su atroz dolor. Para decirlo de otro modo: nadie ha muerto de puro dolor. Antes de convertirme en acariciador era médico, por lo que nunca causo inadvertidamente una herida mortal, y sé impedir que el sujeto muera prematuramente por pérdida de sangre o por un shock.

(...) La duración depende de mí. Si no hay más sujetos esperando su turno y yo no tengo prisa, puedo proceder con calma. Si dedico a ello una jornada laboral respetable de diez horas, y si el azar dicta que debemos recorrer casi todos los papeles doblados, la muerte puede durar casi cien días.⁴

En el hombre, la agresividad puede ser *dirigida hacia el exterior o hacia el interior* de sí mismo; en este caso, a través de autorreproches, sentimientos de culpa, o con actos u omisiones que van desde la exposición a riesgos innecesarios hasta la automutilación y el suicidio.

Los procesos de socialización determinan la existencia de ciertos *códigos relacionales*, que han de ser compartidos por el grupo social. El idioma, la cultura y la civilización se basan en la existencia de tales códigos, los cuales son “facilitados” por asociaciones de neuronas que configuran *redes neuronales*.

La *conducta social habitual* está determinada por la personalidad. En este sentido, pueden definirse conductas habituales de compulsión, actividad, pasividad, apatía, desinterés, etc., como expresión de rasgos de personalidad que han de distinguirse de *cambios en la conducta social habitual* que son respuesta o reacción a circunstancias específicas, como depresión, consumo de tóxicos o enfermedad orgánica.

4. G. Jennings, *ibidem*.

La costumbre es la más infame de las enfermedades porque te hace aceptar cualquier desgracia, cualquier dolor, cualquier muerte. Por costumbre se vive junto a personas odiosas, se aprende a llevar cadenas, a padecer injusticias y a sufrir, se resigna uno al dolor, a la soledad, a todo. La costumbre es el más despiadado de los venenos porque penetra en nosotros lenta y silenciosamente, y crece poco a poco nutriéndose de nuestra inconciencia. Cuando descubrimos que la tenemos encima, cada una de nuestras fibras está adaptada, cada gesto se ha condicionado, y ya no existe medicina que pueda curarnos.⁵

La incorporación del sistema de valores de la cultura fomenta el desarrollo de la personalidad y se manifiesta en conducta habitual. Así como hay *hábitos constructivos* (confiar, conciliar, respetar, escuchar, apoyar, animar, aceptar), los hay también *negativos* (criticar por sistema, culpar injustamente, quejarse sin motivo, sermonear, amenazar, castigar, sobornar).

Gran parte de la vida social descansa sobre la habilidad de *identificar las intenciones de otros*. La base de esta habilidad se ha asociado con el funcionamiento de las *neuronas espejo*^{6, 7, 8} específicamente relacionadas con el *aprendizaje por imitación* (el cual, a su vez, es fundamental para entender el papel que desempeñan los procesos de imitación en el manejo de los elementos comunicativos del *lenguaje*), y la identificación de aquellos elementos de la *conducta* que intuimos como *intencionales* en los otros, sin cuya comprensión la *organización social* y la *cultura* son imposibles; así como imposible sería la *convivencia* si no estuviera basada en “el cumplimiento *colectivo* de unas *normas explícitas e iguales* para todos”⁹.

Como se ha mencionado, son la base del *aprendizaje por observación* (de las conductas ajenas).

Con respecto a la *mentira*, se ha dicho que esta es “mucho más que el reír, lo característico del hombre”. Se elabora bien sea por sentir el placer de “decir lo que no es”, o por la necesidad de usarla como “un arma” para defender, humillar o agredir, o para simplemente “crear” situaciones ajenas a la realidad.

5. O. Fallaci, *Un hombre* (Barcelona: Ed. Noguer S.A., 1980).
6. G. Rizzolatti and C. Sinigaglia, “Mirror Neurons and Motor Intentionality”, in *Func Neurol*, 22(4): 205-210 (Oct.-Dec., 2007).
7. G. Rizzolatti and L. Craighero, “The Mirror-Neuron System”, in *Annu Rev Neurosci*, 27: 169-192 (2004).
8. D. E. Lyons *et al.*, “Reflections of Other Minds: How Primate Social Cognition Can Inform the Function of Mirror Neurons”, in *Curr Opin Neurobiol*, 16(2): 230-234 (Apr. 2006).
9. E. Mendoza, *Riña de gatos. Madrid 1936*. (Premio Planeta. Barcelona: Planeta, 2010).

La experiencia psicoterapéutica indica que en el sentido opuesto (la otra cara de la moneda), “no es buena toda verdad para ser dicha, al menos no siempre. Y a no todo el mundo”. Es decir, “no hay una obligación moral para decir la verdad a todo el mundo, y no todo el mundo tiene el derecho de exigirnosla”. En consecuencia, hay casos en los que la mentira es tolerada, permitida, e incluso recomendada (como mentira piadosa, o como forma de engañar al enemigo). Los grupos secretos saben de sobra “disimular lo que es, y para poder hacerlo, simular lo que no es”¹⁰.

Desde el punto de vista psicopatológico interesan las “afirmaciones sistemáticas que revelan un profundo, absoluto y total desprecio por la *verdad*”.

La “*mentira patológica*” sería entonces aquella que sistemáticamente utilizada intenta mimetizar deficiencias propias, obtener beneficio ilegítimo a costa de afectar gravemente a otro, dañar las relaciones sociales y adoptar el tono de incorregible.

Bases biológicas de la función

La función adaptativa al medio implica la presencia de fuerzas instintivas que por definición son pulsiones innatas y primitivas destinadas a la satisfacción de necesidades básicas (instinto de supervivencia, alimentación, etc.) y que por desarrollo evolutivo filo y ontogenético van siendo “domesticadas” y socializadas.

Las conductas más primitivas e instintivas expresadas de forma estereotipada y automática, *sin conciencia ni memoria*, se correlacionan con el sistema de organización más primitivo del sistema nervioso: el *cerebro reptil*.

En la corteza, “la materia es transformada en conciencia”, es aquí donde tenemos ideas e inspiraciones, el reino de la intuición y el análisis crítico; donde leemos y escribimos, donde hacemos matemáticas y componemos música. La corteza es la que regula nuestra vida consciente, la que distingue a nuestra especie, la sede de nuestra humanidad. La civilización es un producto de la corteza cerebral¹¹.

El nivel más alto de evolución se da con el desarrollo del *neocórtex*, el cual repercute en la representación mental del mundo y en la elaboración de pautas de conducta, *con conciencia y memoria*.

10. A. Koyré, “Reflexiones sobre la mentira”, en *Revista El Malpensante*, No. 49, 74-85 (sep.-oct. 2003).

11. C. Sagan, *Cosmos* (Barcelona: Editorial Planeta, 1987).

La socialización es aprendida y regula los procesos de adaptación. La socialización, como todo proceso de aprendizaje, requiere del normal funcionamiento (para la edad) de toda la *función cognitiva*. Por tanto, cualquier alteración del soporte biológico de la función intelectual, es decir, del SNC, es susceptible de producir trastornos en el proceso de socialización. Entre menos socializado esté el proceso, será más instintivo, pulsional, primitivo y menos adaptativo.

El *lóbulo frontal* desempeña un papel fundamental en la conducta humana. La *corteza prefrontal* completa su mielinización en la adolescencia. Su función es esencial en los procesos de postergación de impulsos instintivos para aplazar acciones; para modificarlas y para prever las consecuencias de dichas acciones, para tomar decisiones, tener crítica, iniciativa y responsabilidad. Esta corteza “está encargada de hacer socialmente presentables a los seres humanos, en aras de la convivencia social”¹².

Las disfunciones del lóbulo frontal son particularmente dañinas para las *relaciones sociales*. El corolario de esta conclusión: tales *interacciones sociales* son específicamente humanas, lo mismo que la *mentira*, la *sociopatía*, y el *engaño*¹³.

Identificó su verdadera vocación: no consistía en ser un espía sino en hacer creer públicamente que era un espía, y un espía que trabajaba en mesas distintas, de modo que jamás se supiera para quién estaba recogiendo informaciones, y cuántas informaciones tenía. Pero como no quería descubrirse, tomaba como pretexto su actividad de notario.¹⁴

Engañar deliberadamente es una cosa que ha de distinguirse de los “engaños de los sentidos”, o del “engaño de los prejuicios”, en los que se cree firmemente en la verdad de lo afirmado.

El testigo vacilante, que reflexiona un minuto para decir “¡Ah, sí!, es así como sucedió”, ha de inspirar mayor confianza y seguridad.¹⁵

La *corteza cingulada anterior* parece jugar un rol fundamental sobre la conducta, ya que está involucrada no solamente en alteraciones propias de

12. D. Rosselli, *Neuro: Introducción a las neurociencias* (Bogotá: Biblioteca del Profesional, Fundación Cultural Javeriana de Artes Gráficas, 1997).

13. E. Goldberg, *El cerebro ejecutivo: Lóbulos frontales y mente civilizada* (Barcelona: Editorial Crítica, 2002).

14. U. Eco, *El cementerio de Praga* (Bogotá: Random House Mondadori, 2010).

15. A. Christie, *La muerte de Lord Edgware*, ebook (Gerson O. Su/341rez).

la motricidad (tics, TOC, mutismo akinético), sino también en ciertas alteraciones de la afectividad (depresión) y de la conducta social (sociopatía). De hecho, la cingulectomía parece mejorar todas esas condiciones patológicas.

La explicación se basa en que la *corteza cingulada anterior* forma parte de la llamada “*región ejecutiva anterior*”, que tiene numerosas proyecciones a los sistemas motores y a áreas especializadas en la modulación de los componentes afectivos y cognitivos de la conducta.

Los componentes afectivos están a su vez comunicados con la *amígdala*, con el *área gris periacueductal* y con núcleos motores autonómicos de función endocrina, relacionados todos ellos con *el aprendizaje emocional condicionado*, *las vocalizaciones asociadas a la expresión de los estados emocionales*, *los contenidos motivacionales* y *la asignación de la valencia emocional de los estímulos internos*, fundamentales en la temprana interacción materno infantil¹⁶.

La *rabia* y la *agresión* se activan por la estimulación de la *amígdala*, el *hipocampo* o el *hipotálamo lateral*, o por ablación de los *bulbos olfatorios*, de la *corteza cingular* y del *septum*.

Mattson¹⁷ y colaboradores, a partir de una exhaustiva revisión de los circuitos *corticales* y *límbicos* y de la “*dimensión serotoninérgica*”, han identificado estructuras cerebrales y sistemas endocrinos implicados en las conductas agresivas y en la violencia.

La *inhibición de la agresividad* o las conductas de huida se activan por la estimulación del *núcleo caudado*, la *circunvolución cingular*, el *septum*, el *hipotálamo posterior* o áreas del *tálamo medial*, o por *amigdalectomía* bilateral.

Las *neuronas espejo* están localizadas en la *corteza premotora*. Su estimulación ocurre cuando el individuo realiza un acto motor determinado y cuando observa a otro realizando el mismo acto motor, lo cual le permite al cerebro entender las acciones de los otros (a través de haber registrado previamente la acción propia y la reacción de su acción), y subsidiariamente, identificar las intenciones (por comparación con sus propias intenciones), con las que cree que ha sido hecha la acción del otro.

La disfunción de las células espejo se ha correlacionado también con problemas de *autismo*¹⁸.

16. O. Devinsky *et al.*, “Contributions of Anterior Cingulate Cortex to Behavior”, in *Brain*, 118(Pt1): 279-306 (Feb., 1995).

17. M. Matteson (edit.), *Neurobiology of Aggression* (New Jersey: Human Press, 2003).

18. M. Iacoboni and M. Dapretto, “The Mirror Neuron System and the Consequences of its Dysfunction”, in *Nat Rev Neurosc*, 7(12): 942-951 (Dec., 2006).

Un exceso en la secreción de *cortisol* se ha asociado con las llamadas “conductas R” por su relación con *rabia, rencor, reproche, represión y resistencia*, que a su vez se asocian con “actitudes D”: *depresión, desánimo, desesperación y desolación*.

Por su parte, las “conductas S”: *sabiduría, sexo, serenidad, silencio, sonrisa y sueño*, que promueven la secreción de *serotonina*, se han asociado con las llamadas “actitudes A”: *ánimo, amor, aprecio, amistad y acercamiento*.

En forma anecdótica se puede concluir que “la ‘mala sangre’ (o ‘mala leche’) se debe a mucho cortisol y poca serotonina”.

La *dopamina*, en la medida en que regula *acciones, emociones, atención, motivación y cognición*, resulta involucrada en múltiples expresiones de la conducta social habitual. Su efecto principal recae sobre los *lóbulos frontales* y sobre los *ganglios basales* (es decir, básicamente sobre estructuras relacionadas con las funciones cognitivas). Su déficit se relaciona con enfermedades neurodegenerativas, Parkinson, trastornos de déficit de atención, personalidades esquizoides y adicciones.

La *dopamina* juega un papel crucial sobre los *centros de placer* y sobre los *sistemas de gratificación, premio y recompensa*, que están en el centro de las *adicciones*.

Las *redes neuronales* están formadas por asociaciones de grupos neuronales que funcionan “como el alma”¹⁹. Son el asiento biológico de todo el sistema de predicciones, previsiones, expectativas, proyecciones, pensamientos y comportamientos, “y de todo conocimiento y toda memoria”, es decir, de “toda cognición”. En este sentido, el código de la cognición es también, básicamente, un código relacional.

Funcionamiento psicológico normal en la vida cotidiana

Desde la más temprana infancia el niño está sometido al aprendizaje de normas básicas de socialización que van a determinar en gran medida su conducta habitual y a definir el grado de adaptación al medio en que se desenvuelve.

Gran parte del *aprendizaje social* se hace por *imitación*. Sin embargo, hay que distinguir que una es la capacidad que compartimos con los simios de “reconocer que uno está siendo imitado”, y otra, la capacidad “de aprender por

19. J. Fuster en E. Punset, *Redes, Neurociencias*. Programa de divulgación científica, televisión española (2011). En www.redes.tve.es

imitación”, cualidad al parecer típicamente humana, que se realiza “copiando” nuevas rutinas conductuales por observación²⁰.

El niño empieza a incorporar la noción de horarios (de comida, dormida, recreo, etc.) y a ajustar la satisfacción de sus necesidades a las circunstancias del grupo en el que se desenvuelve. Con el tiempo empieza a identificar la aceptación o el rechazo de sus conductas y a internalizar la mayor parte de las reglas básicas de convivencia.

No solo no se lavaban nunca el cuerpo, sino que nunca se quitaban la ropa, ni de día ni de noche. Cuando la ropa se había gastado tanto que ya no servía, no la tiraban sino que se ponían otra nueva encima, y continuaban llevando capas superpuestas de ropa harapienta hasta que la capa inferior se iba pudriendo y caía por debajo como si se soltara una especie de caspa repugnante. No intentaré decir cómo olían.²¹

Esta internalización de reglas va a empezar a regular en forma automática su conducta habitual paralelamente a como se va desarrollando e integrando su personalidad.

La conducta habitual en la vida cotidiana es entonces un reflejo y a la vez una consecuencia de dicho proceso de socialización.

El paisaje no cambió excesivamente, pero nos dimos cuenta de que habíamos llegado a la Alta Tierra de los To-Bhot cuando la gente con que nos cruzábamos comenzó a saludarnos descubriéndose la cabeza, rascándose la oreja derecha, frotándose la cadera izquierda y sacándonos la lengua. Estos absurdos gestos significan que quien saluda no pretende pensar, escuchar, hacer ni decir nada malo.²²

La agresividad está profundamente ligada a las pulsiones libidinales, formando con ellas un sistema complementario²³. Todo individuo se desenvuelve con una reserva de agresión, un trasfondo de hostilidad. Toda cultura

20. R. W. Byrne, “Social Cognition: Imitation, Imitation, Imitation”, in *Curr Biol*, 15(13): 498-500 (Jul. 12, 2005).

21. G. Jennings, *op. cit.*

22. G. Jennings, *ibidem*.

23. S. Freud, “Tres ensayos sobre la sexualidad”, en *Obras completas* (Madrid: Biblioteca Nueva, 1973).

debe enfrentarse a este problema: debe debilitar la agresión y utilizarla; por tanto, debe permitir un aprendizaje de las frustraciones inevitables²⁴.

Cuando la agresividad supera los controles psicológicos o sociales, deviene en *violencia*, generadora a su vez de otras múltiples psicopatologías.

Durante días, los soldados exterminaron tanto a combatientes como a civiles, no perdonaron ni a los heridos ni a los enfermos, miles de prisioneros fueron fusilados y los palacios, robados y saqueados. En cuanto a los tres hijos del emperador, se les había prometido salvarles la vida si se rendían. Pero en el camino los separaron, se les obligó a desnudarse y se les disparó a bocajarro.²⁵

En general, los niños agresivos han sido educados por padres que los rechazan y tratan punitivamente, padres que fracasan al imponer controles efectivos sobre la conducta inapropiada de los hijos, padres que les ofrecen patrones de conducta inadecuada y que, por tanto, tienen frecuentes conflictos importantes en sus propias vidas. Con lo anterior se quiere resaltar la importancia de distinguir los diferentes subtipos de agresividad desarrollados desde la infancia.

En la interacción “cara a cara”, el cerebro recurre a circuitos de la *corteza orbitofrontal*, que actúa como centro de la *empatía*. Este sistema de orientación cara a cara inhibe impulsos de acciones que el cerebro interpreta que son potencialmente molestas para el otro (inhibe a la *amígdala*, fuente de impulsos agresivos, p. ej.), o que ponen en riesgo la interacción, haciendo que la respuesta sea *socialmente inteligente*²⁶.

Si escribimos mientras estamos agitados, la ausencia de información acerca de cómo responde la otra persona (a la que no tenemos frente a frente), hace que sea más probable que falle el *circuito prefrontal de la discreción*²⁷.

Con el uso abusivo de *Internet* y de las *redes sociales* se facilita la interacción anónima; al no tener el control cortical del *face to face* (cara a cara) se evitan los “controles” sociales o psicológicos que ofrecen en una primera instancia el *pudor* y la *vergüenza*, y en otra instancia, la de los mecanismos inconscientes de *represión*, por lo que la actuación se torna en ampliamente *desinhibida*.

24. H. Ey, *La conciencia* (Madrid: Gredos, 1967).

25. K. Mourad, *En la ciudad de oro y plata* (Bogotá: Planeta, 2010).

26. E. Goldberg, *op. cit.*

27. E. Goldberg, *ibidem*.

Puedes querer ser del sexo opuesto, puedes ser más parlanchín o más callado. Puedes ser lo que quieras. Tampoco tienes que preocuparte por las situaciones en las que otros puedan meterte.

Es más fácil cambiar la imagen que das a los demás, porque lo único que ven es lo que tú les enseñas. No miran tu cuerpo y sacan conclusiones, ni escuchan tu acento y sacan conclusiones. Solo ven tus palabras. Y siempre está ahí. Durante las veinticuatro horas del día puedes acercarte y siempre habrá allí unas cuantas personas.²⁸

Hay espacios virtuales –y anónimos– para hacer “matoneo” (*bullying*), robar bancos, cometer asesinatos, facilitar suicidios, hacer experimentaciones sexuales, disociar la *personalidad* y exhibir el conjunto de todas las *psicopatologías*:

Puedo dividir mi mente. Cada vez se me da mejor. Puedo verme a mí mismo como dos, tres o más personas. Cuando voy de ventana en ventana, activo primero una parte de mi mente, y luego otra. La vida real no es más que otra ventana, y no necesariamente la mejor que tengo.²⁹

Todas estas actividades se ubican en el terreno de lo *border line* entre el *juego patológico*, *las adicciones*, *la vida íntima*, *la psicopatía* y el amplio mundo de *la simulación*:

Maridos y mujeres tendrán que decidir si su cónyuge les ha sido infiel al participar en explícitas escenas sexuales con un personaje desconocido en el ciberespacio.

¿Se quedaría más tranquila la esposa si supiera que la “amante” ciberespacial de su marido es en realidad un estudiante novato de diecinueve años, aunque el marido no lo sabe? ¿Y si resulta que es un inválido de ochenta años que vive en una residencia? Más preocupante sería que fuera una niña de doce años. ¿O sería peor un niño de doce años?

En otro sentido, igualmente inquietante: ¿y si resulta que se trata de un programa muy bien diseñado, una especie de “sistema experto en conversaciones sexuales”, programado para participar en encuentros románticos en el ciberespacio? Porque hay personas que se hacen pasar por máquinas, pero también hay programas de ordenador que se presentan como personas.³⁰

28. Sherry Turkle, profesora de Sociología de las ciencias, en MIT, miembro de la Sociedad Psicoanalítica de Boston y psicóloga clínica en ejercicio. Búsqueda en la web.

29. Sherry Turkle, *ibidem*.

30. Sherry Turkle, *ibidem*.

En síntesis: esta *desinhibición en línea*, fomentada por el anonimato que exalta cualquier *distorsión de la identidad*, y que mediante un pseudónimo lo hace a uno invisible a los demás, la instantaneidad de lo *on-line*, que hace que la demora entre el momento en que se envía el mensaje y el momento en el que se recibe anule cualquier *capacidad de espera*, y la *falta de figura de autoridad* en Internet, configuran un caldo de cultivo para la emergencia de nuevas *psicopatologías de las relaciones interpersonales y sociales*, y se convierte en un disparador de *psicopatologías individuales* en los emocionalmente vulnerables.

En la actualidad se investigan los efectos de las adicciones a Internet y su asociación con conductas inadecuadas a través de alteraciones en la sustancia blanca³¹.

Psicopatología

- *Trastornos del porte y la actitud*: inadecuados para la exigencia del grupo social en el que se desenvuelve el paciente. Las más frecuentes son las actitudes opositoras, negativistas, desafiantes y pasivo agresivas manifestadas en forma sistemática y habitual. Contradecir por sistema también supone cortedad de inteligencia.

Luego hizo algo repugnante. Carraspeó rascando las profundidades de su garganta y sacó a la boca una gran flema. Recogió lánguidamente sus miembros, se incorporó sobre el lecho, se acercó al guardia de su derecha, y le apretó con el pulgar la barbilla para que abriera la boca. Luego Kaidu escupió la bola de sustancia que se había sacado de la garganta directamente en la boca del guardia y con el pulgar la cerró de nuevo sin que en ningún momento se alterara la expresión o rigidez del guerrero. A continuación Kaidu se sentó de nuevo lánguidamente y sus ojos que brillaban diabólicamente se posaron de nuevo en nosotros.

Era evidente que la acción estaba destinada a impresionarnos con su poder, arrogancia y poca cordialidad, y creo que habría bastado para acobardarme. Pero, al menos uno de nosotros, no se dejó intimidar.³²

- *Trastornos de conductas sociales específicas*: las que producen queja reiterada en la convivencia con el paciente: formas peculiares de comer

31. F. Lin *et al.*, "Adicción a Internet y alteración de conexiones cerebrales" (Noticia de www.neurologia.com, publicada el 3/7/2012, revisada el 3/15/2012).

32. G. Jennings, *op. cit.*

o de vestir y descuido en el aseo corporal. En este grupo se incluyen también la *mitomanía*, *el juego compulsivo*, *la actividad compulsiva bien sea en el trabajo*, *el estudio*, *el aseo* y *el acting out*.

En la sala de juego todos le despreciaban a pesar de haberlos enriquecido en no escasa medida, y entonces le despreciaron todavía más. Sin duda fruncieron los labios, cuando aquel hombre desolado dijo: “Mirad. Tengo una propiedad más aparte de mí. Tengo a una bella esposa bengalí. Sin mí, ella queda en la miseria. Lo mejor sería que le tocara en suerte un amo que la cuidara. Quiero apostar a mi esposa, con una última tirada de dados”. Aceptaron la apuesta, echaron los dados, y perdió. Pidió un último favor. (...) Se sentó para comer su última cena como hombre libre. Se atracó de comida y bebida, y continuó pidiendo más comida y bebida. Y finalmente se volvió de color púrpura, sufrió un ataque de apoplejía y murió.³³

No hay que olvidar que en principio la compulsión tiene un efecto ansiolítico cuando es la respuesta a ideaciones obsesivas que actúan en forma ansiogenizante. En este caso, los trastornos del afecto o del pensamiento condicionan la presencia del trastorno específico de la conducta.

- *Trastornos de conductas globales habituales*: los pacientes con lesión prefrontal, o “frontalizados”, presentan trastornos de conducta que comprometen su vida social y su productividad. Se caracterizan por la sumisión y la apatía. En algunos predomina la desinhibición por lo que aparecen como groseros e imprudentes, impulsivos y socialmente incompetentes. Por otra parte, ciertos tipos de personalidad condicionan conductas habituales de pasividad, desinterés, apatía o, por el contrario, hiperactividad, intrusividad, etc.
- *La conducta agresiva y la violencia*: su finalidad no es la defensa de los intereses vitales ni la adaptación, sino que es fundamentalmente destructiva y sin finalidad positiva.

Usualmente encontraba víctimas adecuadas para este “deporte” que yo escogía entre niños menores que yo. Mi primera agresión fue perpetrada contra un niño de trece años. Habíale estado observando desde hacía rato mientras comía estúpidamente un gran trozo de pan con chocolate –un bocado de pan, uno de chocolate–. Estos gestos alternados, casi maquinales, me parecían revelar una

33. G. Jennings, *ibidem*.

profunda falta de inteligencia. Además era feo, y el chocolate que comía, que era de atrocidad, inspirábame un intenso desdén por su consumidor. Me acerqué al niño furtivamente, pretendiendo estar absorto en la lectura de un libro del príncipe Kropotkin que llevaba siempre conmigo en mis paseos. Me veía mi víctima, pero sin sospechar de mí, y continuaba devorando su pan y su chocolate mirando en otra dirección. Le tomé la medida y determiné lo que iba a hacer, complaciéndome largamente en el lujo de premeditación mientras me acercaba a él. Después de observar atentamente su horrible, idiota, torpe manera de comer, y especialmente de tragar, le di un fuerte bofetón que hizo saltar en el aire su pan y chocolate. Tras lo cual me lancé a una frenética huida a todo correr de mis piernas.

(...)

Le vi agacharse y recoger su trozo de pan y su chocolate.

(...)

Mi éxito no castigado hizo inmediatamente que tales actos de agresión tomaran el carácter endémico de un verdadero vicio, del que ya no podía prescindir. Estaba al acecho de toda ocasión propicia para cometer actos similares y me volvía más y más temerario.

En una ocasión escogí por víctima a un estudiante de violín, a quien conocía muy poco y por quien experimentaba más bien un sentimiento de admiración a causa de su vocación artística. Era muy alto, mucho mayor que yo, pero tan delgado, pálido y enfermizo, que su aspecto de fragilidad me hizo considerar improbable que reaccionase violentamente contra lo que yo hiciera. Hacía algunos minutos que le seguía, pero no se presentaba ninguna ocasión favorable: se hallaba aún en medio de varios grupos de estudiantes que charlaban animadamente. De pronto dejó uno de esos grupos, puso su violín en el suelo y se arrodilló para anudar los cordones de un zapato que se había desatado. Su postura en aquel momento no podía ser más propicia. Sin vacilar, me acerqué a él y le di un tremendo puntapié en las nalgas. Después de lo cual, salté con ambos pies sobre su violín y lo hice añicos e inmediatamente eché a correr como un conejo.³⁴

Los desórdenes de *conducta disruptiva* que incluyen el desorden de oposición desafiante sistemático, los desórdenes explosivos intermitentes y los propios desórdenes de conducta, suelen estar presentes en manifestaciones

34. S. Dalí, *Vida secreta de Salvador Dalí* (Barcelona: Editorial Antártida, 1993).

de delincuencia adolescente y de criminalidad adulta; de hecho, se correlacionan con desórdenes de la personalidad (antisocial y *border line*, principalmente). Estos desórdenes pueden ser conceptualizados psicopatológicamente como un continuum de disturbios de la agresividad bajo el impacto de factores genéticos, constitucionales y ambientales³⁵.

Hay que recordar que hay *adicciones al sexo, a la comida, al juego, al trabajo, a las compras, al uso abusivo de tecnologías*, además de las tan estudiadas adicciones a las drogas.

Formas de exploración y detección

La conducta habitual puede observarse a través de la externalización de las disposiciones afectivas en el *porte* (semblante, mímica, mirada, expresiones emocionales exageradas o inadecuadas, vestido, forma de vestir), en la *actitud* (coquetería, seducción, hostilidad, amaneramiento, temor, confianza o desconfianza excesivas, búsqueda o rechazo de contacto, indiferencia) y en la observación de *conductas específicas* (relaciones de dependencia u oposición, excesiva adhesión o desprendimiento del grupo familiar, la adaptación a las condiciones y exigencias del juego grupal, de la escuela, rendimiento del trabajo).

Aún los hermanos menores estaban acostumbrados a aquellas explosiones de celos de mi madre, con los ojos en llamas y la nariz romana afilada como un cuchillo. La habíamos visto descolgar con una rara serenidad los cuadros de la sala y estrellarlos uno tras otro contra el piso en una estrepitosa granizada de vidrio. La habíamos sorprendido olfateando las ropas de papá pieza por pieza antes de echarlas en el canasto de lavar.³⁶

Generalmente la queja procede de quienes rodean al paciente. Se señalan principalmente las conductas de oposición y de disturbo de la relación social primaria, que fácilmente pueden ser reproducidas en otros contextos diferentes, por ejemplo, el de la consulta médica.

Cuando el paciente no puede iniciar actividades habituales, o si una vez las empieza, no las puede terminar; o cuando no puede hacer un plan con ellas; o si no puede cambiar fácilmente de actividad, o de idea, a la siguiente; o si da la impresión de que “la mente se atasca”, el comportamiento se

35. H. Steiner, "Aggression, Violence, and Psychopathology", en: *Abstract on Disk 2000-2001-2002*. American Psychiatric Association (APA) (Philadelphia, 2002).

36. G. García Márquez, *Vivir para contarla* (Bogotá: Editorial Norma S.A., 2002).

desintegra, o se carece de conciencia del deterioro³⁷, se debe correlacionar la observación con la investigación de daño en los lóbulos frontales.

La comprensión de la conducta agresiva y de la violenta requiere la exploración exhaustiva de *factores biológicos* (epilepsia del lóbulo temporal, uso de tóxicos, pobre control de impulsos), *psicológicos* (inmadurez emocional, patología de los vínculos afectivos, tendencia al *acting out*) y *sociales* (medio familiar inadecuado, marginalidad, ideologización, pandillismo).

Hay que recordar que el comportamiento también puede reflejar un contenido de pensamiento anormal: un paciente reticente al diálogo, que mira de soslayo en forma suspicaz, muestra, por mucho que lo niegue, un comportamiento paranoide³⁸.

El entrevistador debe tener en cuenta que también existen otros mecanismos (diferentes de los que produce el daño cerebral en sí mismo) de “producción de conductas inadecuadas” en el contexto clínico: las debidas al “refuerzo de una conducta inadecuada” (por quejas, gritos o golpes), las debidas a la “suspensión del refuerzo de la conducta pertinente” (sobreprotección), o las debidas al “cese de la exigencia del rendimiento” (extinción de conductas adecuadas)³⁹.

37. E. Goldberg, *op. cit.*

38. J. Rundell y M. Wise, *Fundamentos de la psiquiatría de enlace* (Bogotá: Licitelco S.A., 2003).

39. J. Quemada, *op. cit.*

Sinopsis

Trastornos del porte y la actitud

Trastornos de conductas habituales
específicas

{ En los cuidados corporales
{ En la limpieza y la disciplina esfinteriana
{ En el manejo de las relaciones interpersonales
{ En la actividad cotidiana: juego, estudio, trabajo

Trastornos de conductas globales habituales

La conducta agresiva y la violencia

Alimentación

Una carta de menú puede estimular el apetito, pero su sola observación no sacia el hambre. Con dinero se pueden conseguir alimentos que sacian el apetito, pero no se puede comprar apetito.

ANÓNIMO

Definición y conceptos básicos

El *hambre* es un estado somático provocado por la privación de alimento y que desaparece por la ingestión de comida. La sed es provocada por la necesidad de líquidos y desaparece con su ingesta. El *apetito* es un estado *consciente* caracterizado por el deseo de comer, estrechamente condicionado por experiencias anteriores y provocado por el gusto *selectivo* de una comida concreta. El apetito es a la vez el deseo y el placer de comer, selectivo para determinados alimentos, formas de preparación o circunstancias de consumo.

La fuente primaria de alimentación en el recién nacido es la leche del seno materno y este último es el primer objeto de relación. La conducta infantil ante el pecho materno evoluciona por diferentes etapas: inicialmente como respuesta a señales de la sensibilidad profunda, durante el segundo mes como respuesta a la señal de la comida cuando tiene hambre y en el tercer mes como la reacción ante la presencia del adulto que se le acerca al llorar porque tiene hambre¹.

1. R. Spitz, *El primer año de vida del niño* (México: Fondo de Cultura Económica, 1986).

La actividad *oral* es fuente de satisfacción de la necesidad biológica de nutrición y, a la vez, fuente potencial de frustración, por ser fuente privilegiada de contacto emocional².

El niño descubre que la excitación de la boca y los labios le place, aunque no vaya acompañada de comida.

De esta manera, la conducta oroalimentaria se constituye en un *organizador del psiquismo*, al punto en que se puede deducir que el comportamiento oroalimenticio constituye la base misma de las *relaciones objetales*.

En síntesis, desde el primer momento el niño posee elementos instintivos, naturales y no condicionados que luego enriquece con otros adquiridos, dados por el aprendizaje, y condicionados, que le ayudan a perfeccionar la organización de su psiquismo, a socializar y a estructurar ulteriormente rasgos de su propia personalidad.

Al calmar el hambre se generan sensaciones de seguridad, bienestar y afecto. Asimismo, las variaciones del estado de ánimo influyen en la alimentación.

La conducta alimentaria, principalmente el acto de comer y más específicamente la alimentación, son comportamientos muy alterables porque son afectivamente más vulnerables, y porque con frecuencia son utilizados como vehículos de expresión de placer, de disconformidad o de dificultad emocional.

Los trastornos de la conducta alimentaria no siempre son perturbaciones directas de los mecanismos neurofisiológicos de control del hambre y la sed.

Así, por tanto, los actos de comer o de beber no solo son una función biológica instintiva, sino que en el hombre son actos cargados de alto contenido simbólico, social y cultural.

Bases biológicas de la función

Las zonas de la esfera oroalimentaria tienen una muy amplia representación *cortical*, y el *homúnculo de Penfield* nos indica tal importancia.

La corteza cerebral representa un papel determinante en la búsqueda de alimento, en la elaboración de percepciones sensoriales y el recuerdo de experiencias previas asociadas a aquel.

La actividad motora de la zona oral y su sensibilidad dependen de la *región bulboprotuberancial* y de los *nervios facial, hipogloso y trigémino*. La regulación de las conductas alimentarias se fundamenta en un mecanismo de *feedback* en el SNC mediante ciclos de hambre-ingesta y saciedad, y sed-ingesta y saciedad,

2. J. de Ajuriaguerra, *Manual de psiquiatría infantil* (Barcelona: Toray-Masson, 1977).

mediados por informaciones periféricas provenientes de las vías digestivas altas que permiten la regulación a corto plazo, y estímulos metabólicos internos que constituyen el mecanismo de saciedad a largo plazo.

Las *regiones hipotalámicas* (en *núcleos ventromediales* el centro de la saciedad; en el *hipotálamo lateral*, el centro del hambre) y *rinencefálicas* contienen los núcleos principales relacionados con la función.

El *sistema límbico* da la carga afectiva a cada acto alimentario.

También participan *estímulos metabólicos* y *psicosensoriales*. Estos últimos constituyen la percepción influenciada por los aspectos de olor y sabor de los alimentos.

Aprendí a apreciar el olfato, cuyo poder de evocaciones nostálgicas es arrasador. El paladar, que afiné hasta el punto de que he probado bebidas que saben a ventana, panes viejos que saben a baúl, infusiones que saben a misa. En teoría es difícil entender estos placeres subjetivos, pero quienes los hayan vivido los comprenderán de inmediato.³

Funcionamiento psicológico normal en la vida cotidiana

Las primeras formas de relación madre-hijo están íntimamente unidas a actos de comer.

Dar el alimento a un niño no es un simple acto nutritivo, “sino una entrega por parte de la madre de sí misma, no solo por el pecho que da, sino por su actitud”, con lo cual no solo se le satisface su hambre sino todas sus necesidades, incluyendo las emocionales.

El niño que comienza la adaptación a las normas sociales utiliza la comida como medio de cambio; “la madre hace uso de todas las artimañas para hacerle comer, y el niño para hacerse rogar”⁴.

También aprende, poco a poco, que solicitando o rechazando el alimento genera respuestas emocionales específicas, respuestas que en ocasiones aprende a utilizar como gratificación o retaliación hacia adultos significativos emocionalmente y no solo hacia la figura de la madre.

Una de las etapas críticas para la emergencia de la patología es la adolescencia.

3. G. García Márquez, *Vivir para contarla* (Bogotá: Editorial Norma S.A., 2002).

4. J. de Ajuriaguerra, *op. cit.*

Hablo de quienes se ven sometidos de repente a un deslumbrado descubrimiento —el de sus propios cuerpos— justo en la peor hora: la del desgarbo, el acné, las espinillas, la desangelada adaptación a unas medidas más definitivas. Hablo de quienes escapan con un gesto de desprecio de la infancia, y anhelan ser aquello que detestan: adultos.⁵

La comida es una institución social con un ritual y una participación colectiva. Por ello, es fácilmente conflictivizada desde el punto de vista emocional.

Psicopatología

En general, se acepta que la etiología de los trastornos de la alimentación es multifactorial^{6,7}.

En los niños son frecuentes las reacciones anormales al destete: rechazos alimentarios manifestados como cólera a la vista del alimento, como insatisfacción ante sabores y consistencias del alimento. Una vez superada esta fase se encuentran los verdaderos trastornos de la esfera oroalimentaria.

Incluso el apetito se le alteraba. Saladín siempre fue muy exigente con la comida, y ahora advertía con horror que su paladar se hacía más y más tosco, de manera que todos los alimentos tenían casi el mismo sabor y, en cuanto se descuidaba, empezaba a mordisquear las sábanas o el periódico. Cuando se daba cuenta, se sobresaltaba, abochornado por esta nueva prueba de su alejamiento de la condición humana y su degeneración en sí —lo cabruno—. Y, para colmo, necesitaba cada vez mayor cantidad de elixir bucal para mantener el aliento dentro de unos límites aceptables. Realmente intolerable.⁸

En forma secundaria suele observarse la psicopatología de la esfera oroalimentaria a partir de eventos traumáticos emocionales ocurridos en edades tempranas: así, se ha observado correlación entre exposición a situaciones de abuso sexual infantil, a trauma sexual infantojuvenil y a otros eventos de abuso físico (contra la integridad física o la vida) o emocional, o el derivado de

5. A. Gala, *La soledad sonora* (Barcelona: Planeta, 1997).
6. V. Costarelli *et al.*, "Disordered Eating Attitudes in Relation to Body Image and Emotional Intelligence in Young Women", in *J Hum Nutr Diet*, 22(3): 239-245 (Jun., 2009).
7. E. Filaire *et al.*, "Eating Behaviors in Relation to Emotional Intelligence", in *Int J Sports Med*, 32(4): 309-315 (Apr., 2011).
8. S. Rushdie, *Los versos satánicos* (Barcelona: Seix Barral, 1988).

condiciones sociales violentas contra pacientes jóvenes o sus familiares inmediatos que presentan como manifestación externa principalmente trastornos de alimentación, o ulteriores reacciones psicósomáticas que afectan la conducta alimentaria y las respuestas de hambre-saciedad correlacionadas con estrés⁹.

También se observan correlaciones entre conducta alimentaria alterada y formas de conducta impulsiva y en eventos clínicos relacionados con lo depresivo, con lo obsesivo, con lo disociativo y con conducta suicida¹⁰.

En casi todos los casos de trastorno alimentario se identifican dificultades en la percepción objetiva de la propia *imagen corporal*, con la adopción de estilos de relación interpersonal estereotipados, con la preexistencia de trastorno afectivo o con rasgos histriónicos de la personalidad.

Papá odiaba cualquier manifestación de emoción (...) Estaba obsesionado con que la mujer debía ser delgada (...) Para él, yo era la “pequeña niña gorda”. Mi padre solo se refería a mi apariencia cuando quería decirme que estaba demasiado pasada de peso, aunque, la verdad, nunca lo estuve.

Siendo niña recorté el aviso de una revista que decía que por dos dólares recibiría un chicle especial con huevos de tenia y que al mascarlos las tenias se incubarían y podrían devorar toda la comida que uno consumiera.

(...)

Pasó por periodos de bulimia y otros de anorexia. Además se hizo adicta a un medicamento para disminuir el apetito. Estos problemas se intensificaron cuando a los 20 años se dedicó a modelar.¹¹

Trastornos cuantitativos

- Por defecto:
 - *Anorexia mental*: restricción progresiva y sistemática de la alimentación en forma parcial, selectiva o global, de origen psicoemocional. Se pierde el deseo de comer primero por un ayuno autoimpuesto y después se pierde la sensación de necesidad, principalmente por un deseo irrefrenable de estar delgado.

9. M. Rodríguez, V. Pérez and J. García, “Impact of Traumatic Experiences and Violent Acts Upon Response to Treatment of a Sample of Colombian Women with Eating Disorders”, in *Int J Eat Disord*, 37(4): 1-8 (2005).

10. V. Pérez, [Comunicación personal] (Bogotá, 2005).

11. *Revista Semana*, edición 1197: 89 (abril 2005).

- Por *exceso*:
 - *Bulimia*: insaciabilidad y necesidad incoercible de comer y de alimentarse excesivamente por causas psicoemocionales. Se asocia con la *gula*, en la cual se intenta saciar sin freno ni moderación una inmensa glotonería.
 - *Polidipsia*: imperiosa necesidad de beber, en ausencia de sed, y de causa orgánica demostrable (diabetes).
 - *Potomanía*: necesidad imperiosa y persistente de absorber líquidos, generalmente agua, sin que haya causa orgánica demostrable, llegando incluso a beberse el agua sucia o el contenido del orinal (*urolagnia*).
 - *Dipsomanía*: apatencia paroxística y cíclica por beber generalmente bebidas alcohólicas.

Frecuentemente la *anorexia* y la *bulimia* coexisten cíclicamente teniendo como común denominador la asociación con subtipos de cicladores rápidos en el trastorno afectivo bipolar, con alteraciones de la imagen corporal (lo objetivo del cuerpo, lo imaginario del cuerpo y lo simbólico del cuerpo), con eventos emocionalmente perturbadores que los disparan y que se magnifican cuando coexiste una particular sensibilidad a los influjos sociales y de la moda.

Cuando Samantha descubrió que estaba embarazada se desmoralizó por completo. Sintió que su cuerpo bronceado y sin un gramo de grasa, se había convertido en un asqueroso recipiente donde crecía un ávido guarisapo imposible de reconocer como algo suyo. (...) Cuando notó cambios en la cintura y en los senos, se abandonó a su suerte con una especie de rabia urgente. Su desgano se convirtió en voracidad y contra todos sus principios vegetarianos devoraba metódicamente grasientas chuletas de cerdo y salchichones que ella mordisqueaba fríos a lo largo de la tarde. Una noche en un restaurante, descubrió la especialidad del día, callos a la madrileña, un revoltijo de tripas con la consistencia de toalla remojada en salsa de tomate. Fue tantas veces a horas intempestivas a pedir el mismo plato que (...) engordó, se le cubrió el cuerpo de ronchas y terminó por deprimirse del todo (...) pero no podía dejar de devorar.¹²

12. I. Allende, *El plan infinito* (Barcelona: Plaza y Janés Editores S.A., 1994).

Trastornos cualitativos

- *Pica*: ingesta habitual de sustancias no nutritivas como jabón, tiza, carbón o tierra, o no aceptadas culturalmente como alimento.

No era extraño su hermetismo. Tenía un carácter solitario y un corazón impenetrable. Era una adolescente espléndida, de huesos largos y firmes (...) Volvió a comer tierra. La primera vez lo hizo casi por curiosidad, segura de que el mal sabor sería el mejor remedio contra la tentación. Y en efecto, no pudo soportar la tierra en la boca. Pero insistió, vencida por el ansia creciente, y poco a poco fue rescatando el apetito ancestral, el gusto de los minerales primarios, la satisfacción sin resquicios del alimento original. Se echaba puñados de tierra en los bolsillos, y los comía a granitos sin ser vista, con un confuso sentimiento de dicha y de rabia, mientras adiestraba a sus amigas en las puntadas más difíciles, y conversaba de otros hombres que no merecían el sacrificio de que se comiera por ellos la cal de las paredes.¹³

- *Coprofagia*: preferencia de ingesta de materia fecal en forma sistemática.

O qué decir del artista colombiano Fernando Pertuz, que hace pocos años optó por untar sus excrementos sobre tajadas de pan para comérselos sin ningún problema, acompañando su plato con algunas manzanas y de una copa llena de orines.¹⁴

- *Mericismo*: regurgitación voluntaria de lo ingerido, desde el estómago hacia la boca, para masticación indefinida.

He visto buitres meditar sobre un vientre lleno, y no hacer luego nada más profundo que regurgitar.¹⁵

- *Rechazo selectivo de alimentos*: frecuente en las neurosis y caprichos alimentarios. Suele ser una forma pasiva de descargar agresión y culpabilizar a otro.

Cuidaba su cuerpo en forma obsesiva, hacía gimnasia por horas, bebía dos litros de agua al día y se daba baños de sol desnuda. Mientras Gregory aprendía a cocinar con sus amigas Joan y Susan y leía el Kama Sutra y cuanto manual

13. G. García Márquez, *Cien años de soledad* (Buenos Aires: Suramericana, 1967).

14. *Revista Semana*, edición 1086: 82 (marzo 2003).

15. G. Jennings, *El Viajero (Marco Polo)* (Barcelona: Editorial Planeta, 2003).

erótico caía en sus manos, ella mordisqueaba vegetales crudos y defendía la castidad como medida higiénica para el organismo y disciplina del alma.¹⁶

Formas de exploración y detección

Hay que considerar con detalle todo lo referente a la manera de comer: las condiciones en que se efectúa, los horarios y número de comidas, cantidad de comida, ambiente durante la comida, exigencias sociales, etcétera.

Se han de evaluar problemas psicodinámicos de tipo *relación objetal*, relación con quien provee el alimento (relaciones de dependencia y oposición) y presiones sociales de tipo biotipológico, interrelación con manejos emocionales y conflictos psicológicos.

Se han de evaluar también los *temores infundados a la obesidad*, los relacionados con la imagen corporal, las creencias culturales dominantes y las creencias patológicas o delirantes con respecto a alimentos y bebidas.

Todo el mundo sabe que una mujer bien proporcionada tiene una cintura que mide exactamente dos veces la circunferencia de su cuello, y este dos veces la circunferencia de su muñeca. Así mismo, la altura del elefante hasta su cruz es exactamente el doble de su pezuña delantera.¹⁷

Se han de identificar las comorbilidades más frecuentes, tales como depresión, trastorno afectivo bipolar, eventos emocionalmente traumáticos, impulsividad y trastornos de la personalidad.

16. I. Allende, *op. cit.*

17. G. Jennings, *op. cit.*

Sinopsis

Reacciones anormales al destete

Trastornos cuantitativos {
Por defecto = anorexia mental
Por exceso { Bulimia
Polidipsia: potomanía - dipsomanía

Trastornos cualitativos {
Pica
Coprofagia
Mericismo
Rechazo selectivo de alimentos

El sueño y el dormir

Erebo, dios de la región tenebrosa bajo la tierra
tuvo dos hijos: Hypnos, dios del sueño, y
Thanatos, dios de la muerte. Hypnos y la noche
engendraron a Morfeo, divinidad de los sueños.
Sus hermanos fueron Fantaso quien suministra
la visión de los objetos inanimados, y Fobetor,
la de los animales durante el sueño.

GRAVES

No había nadie más elegante que ella para dormir,
con un escorzo de danza y una mano sobre
la frente, pero tampoco había nadie más feroz
cuando le perturbaban la sensualidad de creerse
dormida cuando ya no lo estaba.

GARCÍA MÁRQUEZ

Definición y conceptos básicos

El *sueño* es una función biopsicológica frágil y compleja que agrupa las *conductas específicas del dormir* y forma parte de la ritmicidad biológica¹, ocupando una de las fases del *ritmo circadiano*. En este ritmo, de cada 24 horas un tercio corresponde al estado de sueño y dos tercios al estado de vigilia, en forma cíclica y regular, es decir, la función posee un dinamismo propio con evoluciones cíclicas, rítmicas y habitualmente regulares.

La *actividad onírica* es la actividad de soñar sueños. Las características de las sensaciones percibidas durante los sueños se explican porque se construyen *en el contexto mismo del sueño*. “Si sueño que alguien me habla, oigo palabras,

1. R. Broughton, “Human Consciousness and Sleep/Waking Rhythms: a Review and Some Neuropsychological Considerations”, in *J Clin Neuropsychol*, 4(3): 193-218 (Sep., 1982).

o si sueño que estoy cayendo al abismo, me sentiré caer y, sin embargo, mi cuerpo está tranquilo e inmóvil, dormido en la cama". Estas sensaciones son *eventos intrínsecos* del cerebro que durante el sueño están descontextualizadas momentáneamente de la actividad del sistema tálamo cortical. Es decir, durante el sueño el cerebro centraliza la atención hacia el *estado intrínseco*, el cual en general no es afectado por estímulos externos. Solo se recuerdan pequeñas fracciones de los sueños.

Los sueños del final de la noche son los que poseen mayor claridad, actividad, carga emocional, y los que mejor recordamos al despertar.

No siempre coincide lo que se sueña efectivamente con lo que se recuerda ya despierto del mismo sueño. Esto se debe principalmente a una *represión inconsciente* y al fenómeno de *elaboración secundaria de los sueños* o reconstrucciones más o menos conscientes que se hacen de lo soñado.

La producción de *imágenes oníricas* sería entonces la elaboración mental (según las leyes del proceso primario), por la cual los restos diurnos son elaborados por procesos inconscientes de pensamiento y transformados al sistema perceptivo de los sueños.

Durante el dormir hay actividad cerebral, y por tanto, el sujeto no está desconectado totalmente del entorno; no hay pues una pérdida total de percepciones. La madre dormida se despierta cuando su bebé emite gemidos y movimientos, a pesar de hallarse en un ambiente ruidoso que no la había despertado antes. Con frecuencia se incorporan al sueño elementos de la vigilia, "restos diurnos", o elementos ambientales presentes mientras se duerme.

El sueño es el único estado de conciencia que incorpora simultáneamente tres dimensiones temporales: experiencias del presente, procesamiento del pasado y preparación para el futuro².

Al girar la cabeza, no sin sobresalto, vi que quien a mí se dirigía era Maquiavelo, que con un rictus de sonrisa me indicaba lo vano de mi intento. Súbitamente desapareció dejando tras de sí un tráfago de viento del más allá, que arremolinó con él vasos, flores y ángeles, las hojas en desorden todas de la *Divina Comedia*, y en el centro del techo suspendidas, una copa de oro del mediodía, y una de plata de la medianoche, refulgiendo en brindis y escanciando su contenido desde lo alto en mis abiertos ojos. Desperté con sobresalto. Un rayo

2. K. McDuffic *et al.*, "Dreams and the Temporality of Consciousness", in *AJ Psychol*, 123(2): 189-197 (Summer 2010).

de luz matinal se posaba debajo de mis cejas mientras por mis oídos entraba el vuelo de las campanas invitándome a conocer la ciudad de la Flor de Lis.³

La ausencia absoluta de sueño no es compatible con la vida.

Fisiológicamente, el sueño tiene dos estados bien definidos:

- *El sueño lento*: es sosegado y se conoce como **NO REM** (por ausencia de movimientos rápidos de los ojos). Es sinónimo de reposo somático y representa la óptima situación de recuperación energética del organismo. Tiene cuatro fases:
 - La fase I, inmediatamente después del adormecimiento.
 - La fase II, después de 10 minutos, caracterizado por los complejos K.
 - La fase III, a los 30 minutos cuando empiezan a disminuir la tensión arterial, la temperatura y el pulso.
 - La fase IV, que es propiamente el sueño profundo, con el máximo de inmovilidad motora. La privación de esta fase se acompaña de cuadros depresivos.
- *El sueño rápido o paradójico*: es desincronizado y se conoce como **sueño REM** (o de movimientos rápidos de los ojos).

La vigilia y el sueño REM son estados eléctricamente muy semejantes: la actividad magnética espontánea y coherente de 40 Hz. La entrada sensorial no modifica las oscilaciones de 40 Hz durante el REM, sin embargo, durante este sueño REM no percibimos el mundo externo porque la *actividad intrínseca del sistema nervioso no contextualiza la entrada sensorial*, dado el estado funcional del cerebro en ese momento⁴.

En él la respiración y el pulso se vuelven irregulares, la relajación muscular es total, mientras que paradójicamente el trazado electroencefalográfico muestra ritmos rápidos con voltajes débiles semejantes a las del sujeto despierto. Se aumentan el consumo de oxígeno cerebral, la tensión arterial, las catecolaminas y las secreciones del estómago, etc. La privación de esta fase se acompaña de dificultades de integración sensorial, menor eficacia en la vigilia, exageración de las pulsiones instintivas y aumento de la agresividad.

3. G. Hernández, *Crónicas de viaje a través del recuerdo* [inédito] (Bogotá, 1997).

4. R. Llinás, *El cerebro y el mito del Yo: El papel de las neuronas en el pensamiento y el comportamiento humano* (Bogotá: Editorial Norma, 2003).

En recién nacidos este tipo de sueño ocupa el 50%.

En condiciones normales, el dormir nunca se inicia con un periodo de sueño paradójico.

En ciclos de sueño de aproximadamente 100 minutos, 75 corresponden al sueño lento y 25 al sueño rápido, y tales ciclos se repiten cuatro o cinco veces cada noche.

La duración total del sueño es elevada en el niño y luego disminuye hasta los veinte años, estabilizándose hasta la vejez, cuando inicia otra disminución progresiva.

Fermina Daza bañaba al esposo con el mismo ritual de los hijos recién nacidos. El baño se prolongaba más de una hora, con aguas terciadas en las que habían hervido hojas de malva y cáscaras de naranjas, y tenían para él un efecto tan sedante que a veces se quedaba dormido dentro de la infusión perfumada. Después de bañarlo, Fermina Daza lo ayudaba a vestirse, le echaba polvos de talco entre las piernas, le untaba manteca de cacao en las escaldaduras, le ponía los calzoncillos con tanto amor como si fueran un pañal, y seguía vistiéndolo pieza por pieza, desde las medias hasta el nudo de la corbata con el prendedor de topacio. Los amaneceres conyugales se apaciguaron, porque él volvió a asumir la niñez que le habían quitado sus hijos. Ella, por su parte, terminó en consonancia con el horario familiar, porque también para ella pasaban los años: dormía cada vez menos, y antes de cumplir los setenta despertaba primero que el esposo.⁵

La función fundamental del sueño es el reposo y la reposición de energía para el organismo.

Bases biológicas de la función

El *tálamo medio* y el *hipotálamo* intervienen directamente en las funciones del sueño. Las principales estructuras neurológicas de este sistema que intervienen en la regulación del sueño son:

- El *núcleo supraquiasmático del hipotálamo*, que controla la actividad circadiana de la formación reticular;
- los *núcleos del rafé*, responsables de inducir el sueño y la relajación muscular que lo acompaña; y
- los *locus coeruleus*, responsables de desencadenar la fase REM.

5. G. García Márquez, *El amor en los tiempos del cólera* (Bogotá: Editorial La Oveja Negra, 1985).

El *sistema reticular activador ascendente* activa la vigilia y su hipofunción produce el descenso del nivel de vigilancia en que aparece el sueño.

Zonas del *tallo cerebral* son necesarias para la aparición y mantenimiento del sueño lento.

Los eventos fásicos de la actividad paroxística del sueño REM se relacionan con hiperactividad de la *corteza occipital* y el *haz geniculado lateral*. Actualmente se estudia el papel específico de la *corteza prefrontal* en el proceso de sueño.

Las *catecolaminas* (dopamina y noradrenalina) se relacionan con el sueño rápido y con el sistema de despertar.

La *serotonina* juega un papel fundamental en el sueño de todos los mamíferos.

La *histamina* está implicada en el estado de vigilia y con el rendimiento cognitivo del mismo.

Funcionamiento psicológico normal en la vida cotidiana

Habitualmente, la cama y el dormitorio constituyen los lugares de las más íntima existencia; son como los lugares privilegiados de la vida secreta (masturbación, fantasías sexuales, juegos infantiles)⁶.

Tanto en el hombre como en los animales hay unos *rituales* de preparación activa del sueño: acondicionamiento del lecho, cambio de ropas, posturas específicas en la cama, etc., que se realizan antes de la irrupción del sueño. Estos rituales pueden tener interés clínico pues cuando se perturban, generalmente perturban el acto de dormir.

Hay actos de dormir sin sueños, es decir, sin actividad onírica, que son frecuentes:

Endimión era el hermoso hijo de Zeus y de la ninfa Cálice. Su esposa le dio cuatro hijos; también tuvo cincuenta hijas con Selene, quien se había enamorado de él, desesperadamente.

Endimión dormía una noche en una cueva del monte Latmos cuando Selene lo vio por primera vez, se acostó a su lado y le besó suavemente en los ojos cerrados. Más tarde, volvió a la misma cueva, y cayó en un sueño sin sueños. Este sueño del cual nunca iba a despertar, le vino, o bien, a propia petición porque aborrecía la aproximación de la vejez, o bien, porque Zeus sospechaba

6. H. Ey, *La conciencia* (Madrid: Gredos, 1967).

que intrigaba con Hera, o bien, porque Selene descubrió que prefería besarle suavemente antes que ser objeto de su pasión demasiado fértil.⁷

Por otra parte, en algunos casos puede existir el temor de dormir, principalmente por la asociación del sueño con la pérdida del control consciente o con la muerte.

Cleobis y Bitón, dos jóvenes argivos, eran hijos de la sacerdotisa de Hera en Argos. Complacida con su devoción filial, la sacerdotisa rogó a la diosa que les concediera el mejor don que podía otorgar a los mortales; y cuando terminó de realizar sus ritos, sus hijos fueron a dormir en el templo para nunca volver a despertar.⁸

El *dormir continuo y reparador* es una de las funciones más lábiles del psiquismo, y por tanto, se altera muy fácilmente, ya sea por razones de enfermedad orgánica, fatiga, cambios de horarios de actividad, de vigilia o sueño, cambio en los husos horarios, dificultades emocionales, cambios de clima, cambios de cama o de compañero de cama, enfermedades mentales, etc. Es decir, la mayor parte de lo que afecta cotidianamente en nuestro ambiente, en la vida de relación, en el psiquismo y en el organismo, es capaz de alterar de alguna manera el sueño.

En el principio, entre todos los espíritus que existen, había uno llamado Sueño. El Sueño tiene a su cargo el estado en que se sumergen los seres vivos cuando duermen. Resulta que el Sueño había engendrado un enjambre de hijos, llamados Ensueños, pero en aquel tiempo tan remoto ni el Sueño ni sus hijos se habían imaginado que los Ensueños pudiesen meterse de noche en la cabeza de los hombres. Un buen día, cuando el buen espíritu del Sueño no tenía mucho que hacer, decidió llevarse de vacaciones a la playa a todos sus niños y niñas. Allí los dejó subir a una barquita que encontraron y se los quedó mirando cariñosamente mientras remaban por el mar.

Por desgracia, el espíritu del Sueño había hecho anteriormente algo que había ofendido a un poderoso espíritu llamado Tormenta, y la Tormenta estaba esperando el momento oportuno para vengarse. Cuando los pequeños hijos del Sueño se hubieron aventurado en el mar, la maligna Tormenta azotó el agua con una furia salvaje, hizo soplar un fuerte viento, y arrastró la frágil barca por

7. R. Graves, *Los mitos griegos* (Madrid: Alianza Editorial S. A., 1988).

8. R. Graves, *ibidem*.

todo el océano hasta que chocó contra los arrecifes rocosos de una isla desierta llamada Aburrimiento y naufragó.

Desde aquel día todos los niños y niñas del Sueño quedaron abandonados en aquella triste isla.

Y ya sabéis –dijo– lo nerviosos que se ponen los niños cuando han de vivir inactivos en el Aburrimiento. De día los pobres Ensueños han de soportar este monótono exilio lejos del mundo de los vivos. Pero cada noche, el espíritu Tormenta pierde su poder, porque el espíritu Luna, más bueno, es el responsable de la noche. Gracias a ella los hijos del Sueño pueden escapar fácilmente unas horas del Aburrimiento. Abandonan la isla, recorren el mundo y se entretienen entrando en la cabeza de los hombres y mujeres que duermen. A esto se debe que de noche cualquier durmiente pueda divertirse gracias a un Ensueño, o ser instruido, avisado o asustado por él, según que el Ensueño de aquella noche concreta sea un Ensueño niño benéfico o un Ensueño niño juguetero, y según que aquella noche el Ensueño correspondiente esté de buen o de mal humor.⁹

Psicopatología

Trastornos cualitativos

- De la *fase de adormecimiento*: en el adormecimiento espontáneo normalmente hay disminución del nivel de vigilancia, de la discriminación sensorial y de los rendimientos psíquicos. Los trastornos de esta fase son:
 - *Sacudidas mioclónicas*: movimientos sistemáticos bruscos de grupos musculares.
 - *Visiones hipnagógicas*: imágenes perceptivas de corta duración, muy vívidas, que semejan un “choque sensorial”, diferentes de las imágenes oníricas del sueño. Generalmente no suelen acompañarse de certeza de realidad.
- De la *fase de sueño*: son las parasomnias.
 - *Bruxismo*: movimientos laterales del maxilar inferior, que producen el “rechinar de dientes” durante la fase II y el REM.

9. G. Jennings, *El Viajero (Marco Polo)* (Barcelona: Editorial Planeta, 2003).

- *Enuresis*: es la micción involuntaria durante el sueño NoREM, durante el retorno brusco de fase IV a fase II, en niños que ya han logrado un adecuado control esfinteriano.
- *Sonambulismo*: durante el sueño lento NoREM en fase IV, por lo que se sabe que no va ligado a contenidos oníricos. El sujeto sin despertar se levanta y presenta conductas automáticas y a veces complejas, de las cuales hay amnesia posterior.

Una noche debí quedarme dormido en la visita a la familia de un médico amigo y no supe cómo ni a qué hora desperté caminando por una calle desconocida. No tenía la menor idea de dónde estaba, ni cómo había llegado hasta allí.¹⁰

- *Pesadillas y terrores nocturnos*: producto del sueño lento NoREM. Al despertar el sujeto está atemorizado y su adaptación inmediata parece ineficaz.

Alcione es probablemente el espíritu del siroco que trae malos sueños, inclinaciones asesinas y violaciones. Mimante se asocia a la engañosa verosimilitud de los sueños, e Hipólito recuerda la antigua atribución de los sueños terro-ríficos a la diosa con cabeza de yegua. El ephialtion es el específico contra las pesadillas.¹¹

- De la *fase de despertar*:
 - *Visiones hipnopómpicas*: equivalentes a las hipnagógicas, pero en el momento de despertar, y no forman parte del sueño de contenidos oníricos. Es diferente también del despertar provocado durante la fase profunda del sueño NoREM o la del sueño REM, en cuyo caso el sujeto despertará con signos de confusión.

Trastornos cuantitativos

- *Por defecto*:
 - *Insomnios*: son las dificultades para la conciliación del sueño o para el mantenimiento del sueño una vez ya iniciado.
 - ✓ En forma *global*, como carencia total del sueño, es incompatible con la vida:

10. G. García Márquez, *Vivir para contarla* (Bogotá: Editorial Norma S.A., 2002).

11. R. Graves, *op. cit.*

La más famosa y popular de las creaciones babilónicas (hace cerca de 5.000 años), es la Epopeya de Guilgamesh, una de las más conmovedoras historias sobre la búsqueda de la inmortalidad, o más exactamente, sobre el fracaso final de una empresa que parecía tener todas las probabilidades de tener éxito. El relato muestra cómo el héroe se siente aterrorizado por la idea de la muerte. Las hazañas heroicas ya no le sirven de consuelo. En adelante su único afán será escapar a la suerte de los humanos, adquirir la inmortalidad. Para ello debe superar una serie de pruebas complejas de tipo iniciático, o pruebas de iniciación, hasta llegar a la más difícil: vencer el sueño seis días y siete noches, pues permanecer despierto, “equivale a una transmutación de la condición humana”. Solo una fuerza excepcional de concentración puede hacer a un hombre capaz de permanecer despierto seis días y siete noches. Pero Guilgamesh se duerme inmediatamente, y Utnapishtim exclama —¡Mira al hombre fuerte que desea la inmortalidad: el sueño como un viento violento, se ha abatido sobre él!

Guilgamesh duerme de un tirón seis días y siete noches y cuando Utnapishtim lo despierta, reprocha a este que le haya despertado cuando apenas acababa de conciliar el sueño, pero luego se rinde ante la evidencia y comienza a lamentarse.¹²

- ✓ El insomnio, en forma menos extrema, pero sobresaliente, es frecuente en las enfermedades mentales, principalmente en las esquizofrenias y en las depresiones:

“Si no volvemos a dormir, mejor”, decía José Arcadio Buendía, de buen humor. “Así nos rendirá más la vida”. Pero la india les explicó que lo más temible de la enfermedad del insomnio no era la imposibilidad de dormir, sino su inexorable evolución hacia una manifestación más crítica: el olvido. Quería decir que cuando el enfermo se acostumbraba a su estado de vigilia, empezaban a borrarse de su memoria los recuerdos de la infancia, luego el nombre y la noción de las cosas, y por último la identidad de las personas y aún la conciencia del propio ser, hasta hundirse en una especie de idiotéz sin pasado.

(...)

Habían contraído, en efecto, la enfermedad del insomnio. Úrsula, que había aprendido de su madre el valor medicinal de las plantas, preparó e hizo beber a

12. M. Eliade, *Historia de las creencias y de las ideas religiosas* (Madrid: Ediciones Cristiandad, 1978).

todos un brebaje de acónito, pero no consiguieron dormir, sino que estuvieron todo el día soñando despiertos. En ese estado de alucinada lucidez no solo veían las imágenes de sus propios sueños, sino que los unos veían las imágenes soñadas por los otros... Al principio nadie se alarmó. Al contrario, se alegraron de no dormir, porque entonces había tanto que hacer en Macondo que el tiempo apenas alcanzaba. Trabajaron tanto, que pronto no tuvieron nada más que hacer, y se encontraron a las tres de la madrugada con los brazos cruzados, contando el número de notas que tenía el valse de los relojes. Los que querían dormir, no por cansancio sino por nostalgia de los sueños, recurrieron a toda clase de métodos agotadores. Se reunían a conversar sin tregua, a repetirse durante horas y horas los mismos chistes, a complicar hasta los límites de la exasperación el cuento del gallo capón, que era un juego infinito en que el narrador preguntaba si querían que les contara el cuento del gallo capón, y cuando contestaban que sí, el narrador decía que no había pedido que dijeran que sí, y cuando contestaban que no, el narrador decía que no les había pedido que dijeran que no, sino que si querían que les contara el cuento del gallo capón, y cuando se quedaban callados el narrador decía que no les había pedido que se quedaran callados, sino que si querían que les contara el cuento del gallo capón, y nadie podía irse, porque el narrador decía que no les había pedido que se fueran, sino que si querían que les contara el cuento del gallo capón, y así, sucesivamente, en un círculo vicioso, que se prolongaba por noches enteras.¹³

✓ En forma parcial:

- ▶ *De conciliación, predormicial o precoz*: es la dificultad para empezar a dormir. Es el más frecuente. Típico de los estados de ansiedad.
- ▶ *De reconciliación, postdormicial o tardío*: es la dificultad para continuar durmiendo, o el despertar precoz. Típico de la depresión endógena.
- ▶ *Intercalado o irregular*: son los frecuentes despertares durante la noche, en forma sistemática, que impiden tener un sueño continuo y reparador. Es frecuente en la vejez y en las enfermedades orgánicas crónicas:

13. G. García Márquez, *Cien años de soledad* (Buenos Aires: Suramericana, 1967).

Quien madruga por gusto o quien por necesidad tuvo que madrugar, tolera mal que otros, en su presencia, sigan durmiendo a pierna suelta.¹⁴

- *Por exceso:*
 - *Hipersomnias:* son los excesos de sueño que perturban la actividad vigil.
 - ✓ *Simples:* sujetos sin patología con largo sueño nocturno y de cortos periodos de sueño diurno.
 - ✓ *Orgánicas:* secundarias a patologías que comprometen principalmente el SNC y se suelen acompañar de alteraciones metabólicas o vasculares significativas.
 - ✓ *Narcolepsia:* crisis de hipersomnia de aparición súbita y de corta duración, terminando tan repentinamente como se inician, y cuyo número diario puede ser variable. Durante la narcolepsia es difícil despertar y el sueño es profundo. Es como la aparición brusca de un sueño REM en estado de vigilia. Se ha identificado una desinhibición motora en todas las etapas del sueño, y se le sospecha una etiología autoinmune.
 - ✓ *Cataplexia:* es la pérdida repentina del tono muscular, generalmente asociado a la hipersomnia.
 - *Psicógenas:* tendencia a dormir como mecanismo de defensa frente a situaciones de conflicto emocional, por el cual se evade la confrontación con la realidad.

Formas de exploración y detección

Los problemas del sueño son indicadores precoces y “termómetros” sensibles de innumerables patologías orgánicas y psicológicas.

La queja procede del paciente (que no puede dormir, que el sueño no es reparador, o que es básicamente de contenidos angustiantes) o de los allegados (cuando el paciente no los deja dormir).

Se ha de evaluar la calidad del sueño (reparador o no), sea este de pauta corta o larga, según el patrón habitual del paciente.

Se examinan con detalle los rituales del dormir: horarios habituales, las actitudes frente al sueño (como reposo, o como turbador), la actividad vigil predormicial.

14. J. Saramago, *Ensayo sobre la ceguera* (Barcelona: Santillana S.A., 2000).

Los insomnios parciales se benefician mucho con métodos de *higiene del sueño* o fomento de las condiciones que favorecen el sueño: rituales de ponerse la pijama, acostarse como para dormir, esto es: apagando luces, televisor, radio y cualquier otro distractor relevante que dificulte la conciliación del sueño, evitación de consumo de estimulantes del SNC (cafeína) o de depresores del mismo (alcohol); no dormir durante el día ni hacer siestas, etc.

Una variante es la *inversión de los ciclos de sueño-vigilia* frecuentes en ciertas profesiones: celadores, médicos de turno, policías, etc. Si ello interfiere significativamente con la actividad vigil y con el rendimiento ocupacional, es algo que hay que valorar con detenimiento.

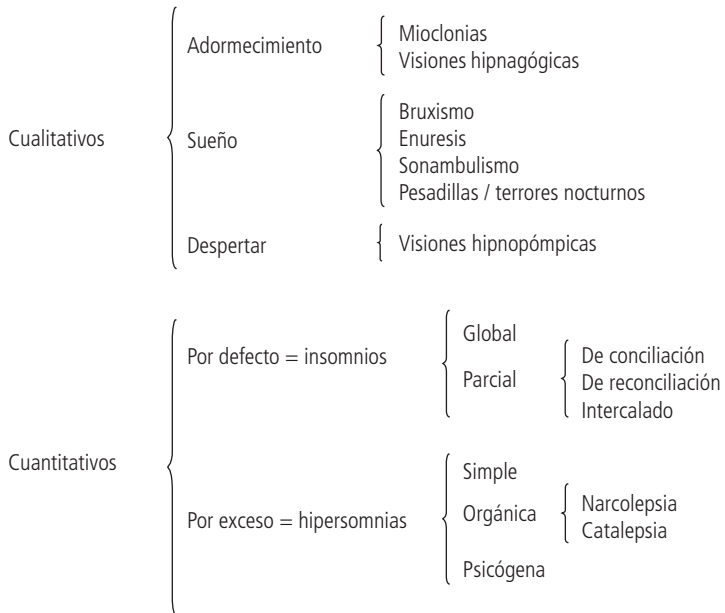
En pacientes psicóticos en las fases prodrómicas y agudas de la enfermedad, con frecuencia hay insomnios severos y en caso de que el paciente pueda dormir, casi siempre hay incapacidad de soñar. Es decir, hay incapacidad de producción de imágenes oníricas y se ha observado que a medida que se mejora de la psicosis se inicia de nuevo la producción de dichas imágenes, por lo cual se toma a veces como un indicio de mejoría.

En todos los pacientes que consulten por trastornos del sueño es indicativo investigar prioritariamente causas de tipo médico^{15, 16} (rinitis alérgica con exacerbaciones nocturnas, polaquiurias por hipertrofia prostática o infección urinaria, eventos que cursen con algias; consumo de sustancias tóxicas, trastornos de la alimentación o la digestión, antecedentes de insomnios en otros miembros de la familia) y correlacionarlos con eventos de tipo emocional, estrés, fatiga crónica, etc.

15. W. W. Storms, "Pharmacologic Approaches to Daytime and Nighttime Symptoms of Allergic Rhinitis", in *J Allergy Clin Immunol*, 114(5 Suppl): 146-153 (Nov., 2004).

16. J. P. O'Reardon, B. L. Ringel *et al.*, "Circadian Eating and Sleeping Patterns in the Night Eating Syndrome", in *Behav Sleep Med*, 1(4): 213-226 (2003).

Sinopsis



Sexualidad

Las parcas asignaron a Afrodita solamente
un deber divino, a saber, hacer el amor.
El coito pasa de ser lo único que no puede
hacerse durante la adolescencia,
a lo único que debe hacerse
en la vida sexual adulta.

Definición y conceptos generales

La *conducta sexual humana* es muy compleja y depende de muchos factores que la hacen vulnerable a la presencia de cualquier psicopatología.

Las llamadas etapas del *desarrollo psicosexual* van de la mano con el desarrollo psicológico y la maduración biológica.

El *sexo* es concreto y definitorio al identificar a los individuos de la especie en machos y hembras.

El *sexo genético* está determinado por los cromosomas sexuales. La combinación XX da lugar a una hembra y la combinación XY a un macho.

El *sexo gonadal* se determina por la presencia de testículos o de ovarios.

El *sexo somático* (genético y gonadal) conduce al desarrollo de los órganos genitales y de los caracteres sexuales secundarios que son los que diferencian a un sexo del otro.

El *sexo psicológico*, producto de las influencias sociales, culturales y familiares, es el que permite la conciencia del propio sexo, la conciencia de la pulsión sexual y el comportamiento sexual.

La *sexualidad* (interacción de sexo somático y psicológico) es una de las bases de la conducta humana y está presente desde temprana edad.

La sexualidad es un concepto diferente de la genitalidad. La sexualidad es una forma de relación determinada por motivaciones.

La sexualidad es una de las funciones de la personalidad más vulnerables a los factores culturales y ambientales. Conductas sexuales que en un momento determinado de la historia, en un mismo grupo social, son permitidas, en otro momento, en ese mismo grupo social pueden ser estigmatizadas o patologizadas.

Es decir, un mismo hecho puede en un momento histórico ser calificado como inadecuado y en otro momento como aceptable. Algo parecido ocurre con la calificación de patológica o no de la conducta sexual humana en las distintas culturas.

Una vez más, *se señala que cada evento de la conducta humana debe ser observado, interpretado y calificado en el contexto específico de tiempo y lugar de la cultura específica en la cual se observa.*

Así, se entiende que la sexualidad humana es una *conducta social* “que varía con la sociedad misma, en la que el tiempo, las costumbres, la moral y las leyes, harán que unos conceptos válidos hoy, no lo sean mañana”¹.

Por un lado, los trastornos del comportamiento sexual no se limitan tan solo a las conductas eróticas, sino que se manifiestan en las relaciones interpersonales, familiares o sociales, y en la adaptación social, dado que surgen del mismo funcionamiento de la personalidad.

Por otro lado, la mayor parte de los “atentados contra la moral y las buenas costumbres” son anomalías del comportamiento sexual cuando se transforman en trastorno habitual o son resultado de actos impulsivos reiterados.

El comportamiento sexual de los héroes se caracteriza por ser excesivo o aberrante: Heracles fecunda en una sola noche a las 50 hijas de Tespio; Teseo se hizo famoso por sus innumerables violaciones, y Aquiles por raptor. Los héroes cometen incesto con sus propias hijas o sus madres, o dan muerte –por envidia, ira y en muchas ocasiones sin motivo alguno– a su padre, a su madre o a ambos progenitores.²

La masturbación se considera como una etapa normal de aprendizaje y conocimiento de la propia sexualidad, y las caricias masturbatorias son también consideradas como normales cuando forman parte del repertorio de actividades que cursan como preliminares de la relación sexual madura. Habitualmente se le confunde con el onanismo.

1. J. Vallejo *et al.*, *Introducción a la psicopatología y psiquiatría* (Barcelona: Toray-Masson, 1998).
2. M. Eliade, *Historia de las creencias y de las ideas religiosas* (Madrid: Ediciones Cristiandad, 1978).

Bases biológicas de la función

La combinación cromosómica durante la fecundación, la aparición fetal del sexo gonadal, así como el desarrollo de estas por la vía hormonal, determinan el sexo somático.

Desde el momento del nacimiento y como consecuencia de una serie de relaciones e influjos principalmente maternos, se condiciona el desarrollo ulterior de la sexualidad. El comportamiento sexual es entonces la resultante de un conjunto de factores de tipo biológico, psicológico y social íntimamente imbricados.

El aumento de la pulsión sexual o libido está asociado con la lujuria. Esta y la disminución de la libido están en relación con alteraciones del nivel *diencefálico* y del *lóbulo temporal*, en patologías que alteran la secreción de hormonas sexuales y en los disturbios del funcionamiento psicológico que se relacionan con el control de impulsos, con el manejo de emociones y sentimientos y con el funcionamiento global de la personalidad.

En Kitai y Manzi había conocido a muchos hombres, normalmente muy entrados en años, que ingerían una medicina elaborada con el “cuerno del unicornio” triturado, capaz de aumentar la virilidad. La medicina era escasa, solo disponible en raras ocasiones e increíblemente cara, lo cual constituía una cierta prueba de que los unicornios existían realmente y de que eran tan raros como las leyendas decían. (...)

—Pregúntales, Yissun, si cazan al unicornio exponiendo a una doncella virgen para seducirlo y capturarlo. (...) No, no habían tenido ocasión de probar ese método.

—Ah, —dije—. ¿Los unicornios son tan raros que no habéis tenido ocasión de hacerlo?

—Aquí lo raros son las vírgenes.³

Funcionamiento psicológico normal en la vida cotidiana

Debe señalarse que la sexualidad es un conjunto integral de elementos que involucran no solo lo genital, sino también lo pregenital y lo emocional. Cuando en la actividad sexual habitual se toman en cuenta solamente *elementos parciales* de la misma en forma sistemática, se da mayor probabilidad de llegar a psicopatología.

3. G. Jennings, *El Viajero (Marco Polo)* (Barcelona: Editorial Planeta, 2003).

El éxito de una relación sexual emocionalmente madura implica la presencia de muchos factores: una adecuada selección de pareja, el uso preliminar sano y espontáneo de elementos pregenitales (besos, caricias, estimulación de zonas erógenas y no erógenas) que conduzcan y faciliten la actividad genital propiamente tal, que este ejercicio sea gratificante y sin daño, así como de otros factores exógenos, tales como la higiene corporal, la comodidad del sitio y su relativa intimidad, la disponibilidad de tiempo, el deseo copulatorio, la ausencia de temores y muchos otros, que hacen en conjunto del ejercicio de la función, una función frágil y compleja.

Para efectos de nuestro momento histórico y con el referente amplio de lo denominado como “cultura occidental” se acepta que una sexualidad sana se practica y obtiene cuando se da en el contexto de una pareja emocionalmente madura que busca y logra gratificación sexual mutua, y en la que se evita al máximo el daño físico o emocional.

Otros contextos más específicos hacen referencia a que la pareja sea heterosexual, que el ejercicio de la sexualidad sea responsable y que el vínculo se base en el respeto.

—En esta tierra, nuestras muchachas compiten a cuál de ellas se acuesta con más hombres, tanto con los de nuestra aldea, como con los hombres de otras aldeas, o con viajeros casuales, o con hombres de las caravanas que pasan por aquí; y a cada hombre le piden una moneda en prenda de su unión. La chica que consigue más monedas es la que ha atraído y satisfecho a más hombres, y ocupa un lugar preeminente entre las demás mujeres.

—Querréis decir que queda marcada como proscrita.

—Quiero decir que ocupa un lugar preeminente. Cuando finalmente está preparada para casarse y establecerse, entonces puede elegir al marido que quiera. Todo joven elegible se disputa su mano.

—Su mano debe ser sin duda la parte menos usada de su persona —dije, ligeramente escandalizado—. En los países civilizados, un hombre se casa con una virgen, y así sabe que le pertenece solo a él.

—Eso es todo lo que puede saberse de una virgen —replicó el anciano Wu, con un respingo despreciativo—. Un hombre que esposa a una virgen se arriesga a quedarse con un pescado menos caliente que el que comisteis en la cena. Un hombre que esposa a una de nuestras mujeres obtiene credenciales de su atractivo, de su experiencia y talentos. También obtiene, y eso también cuenta, una buena dote de monedas.⁴

4. G. Jennings, *ibidem*.

En contextos más específicos aún, se exige la legalización de la unión para garantizar estabilidad como pareja, las exigencias de fidelidad, etc.

Fue una tarde maravillosa. Olimpia Zuleta tenía un amor alegre, de palomera alborotada, y le gustaba permanecer desnuda por varias horas, en un reposo lento que tenía para ella tanto amor como el amor. El camarote estaba desmantelado, pintado a medias, y el olor de la trementina era bueno para llevarse en el recuerdo de una tarde feliz. De pronto, a instancias de una inspiración insólita, Florentino Ariza destapó un tarro de pintura roja que estaba al alcance de la litera, se mojó el índice, y pintó en el pubis de la bella palomera una flecha de sangre dirigida hacia el sur, y le escribió un letrero en el vientre: Esta cuca es mía. Esa misma noche, Olimpia Zuleta se desnudó delante del marido sin acordarse del letrero, y él no dijo una palabra, ni siquiera le cambió el aliento, nada, sino que fue al baño por la navaja barbera mientras ella se ponía la camisa de dormir, y la degolló de un tajo.⁵

De cualquier modo, la sexualidad en los contextos socioculturales aludidos está en gran parte determinada por el conjunto de elementos psicológicos de los individuos involucrados en su ejercicio. De esta manera, habrá posibilidad de gratificación sana de la sexualidad, o en su defecto, alteraciones de la misma, en circunstancias particulares, en momentos psicológicos específicos.

Por todos estos relativismos, la sexualidad es una función muy fácilmente patologizable, y principalmente en ciertas etapas evolutivas, como la adolescencia, por ejemplo.

Psicopatología

El gran problema semiológico es el diagnóstico del carácter patológico de la conducta sexual, ya que no todas las “desviaciones” sexuales pueden ser consideradas como morbosas⁶.

La reiteración habitual de la estereotipia, el infantilismo, el carácter regresivo o el carácter compulsivo, es el indicador de la patología en el contexto clínico.

Por otra parte, las experiencias sexuales traumáticas, principalmente las derivadas de haber sido víctima de abuso sexual en infancia o adolescencia, incesto o violación en cualquier edad, son fuente continua de ansiedad,

5. G. García Márquez, *El amor en los tiempos del cólera* (Bogotá: Editorial La Oveja Negra, 1985).

6. H. Ey, *Tratado de psiquiatría* (Barcelona: Toray-Masson, 1978).

depresión y temores que suelen persistir a lo largo de la vida, y se exageran cuando la realidad sexual revive lo traumático, lo doloroso o lo insatisfactorio de las experiencias previas⁷.

Asimismo, actuar el abuso sexual, el incesto y la violación implican psicopatología no solo de la sexualidad, sino también, en la mayoría de los casos, de la personalidad.

Una fuente frecuente de insatisfacción sexual está representada por los temores a embarazos no deseados y con la práctica, sobre todo en adolescentes, de abortos provocados.

En una forma de evaluación sencilla, pero universalmente aceptada, se califica de psicopatológica la sexualidad que en forma sistemática se realiza en cualquiera de los tres *planos psicológicos* siguientes:

- En el plano de la estructura *neurótica* de la sexualidad: hace referencia básicamente a un ejercicio sistemático poco o nada gratificante de la misma, en especial por *represiones*, por sentimiento de *culpa* muy marcado y por *temores* asociados al ejercicio de la sexualidad, disponiendo de todo el repertorio de relativismos para tener una sexualidad sana y gratificante.

Es el más frecuente en el común de las parejas que logran una estabilidad cronológica, pero no una adecuada ni suficiente estabilidad emocional y que en el ejercicio de la sexualidad se traduce como *rutina conyugal*, con todo su repertorio de rencores, que se definen casi siempre en el terreno de lo sexual.

Otra cosa bien distinta habría sido la vida para ambos, de haber sabido a tiempo que era más fácil sortear las grandes catástrofes matrimoniales que las miserias minúsculas de cada día. Pero si algo habían aprendido juntos era que la sabiduría nos llega cuando ya no sirve para nada. Fermina Daza había soportado de mal corazón, durante años, los amaneceres jubilosos del marido. Se aferraba a sus últimos hilos de sueño para no enfrentarse al fatalismo de una nueva mañana de presagios siniestros, mientras él despertaba con la inocencia de un recién nacido: cada nuevo día era un día más que se ganaba. Lo oía despertar con los gallos, y su primera señal de vida era una tos sin son ni ton que parecía a propósito para que también ella despertara. Lo oía rezongar, solo por

7. G. Hernández, "Trastornos de la sexualidad", en *Fundamentos de psiquiatría clínica: Niños, adolescentes y adultos* (Bogotá: CEJA, 2002).

inquietarla, mientras buscaba a tientas las pantuflas que debían de estar junto a la cama. Lo oía abrirse paso hasta el baño tambaleando en la oscuridad. Al cabo de una hora en el estudio, cuando ella se había dormido de nuevo, lo oía regresar a vestirse todavía sin encender la luz.

(...)

Ella lo oía a sabiendas de que ninguno de aquellos ruidos era indispensable, y que él los hacía a propósito fingiendo lo contrario, así como ella estaba despierta fingiendo no estarlo.

(...)

El doctor Urbino sabía que ella permanecía pendiente del menor ruido que él hiciera, y que inclusive se lo habría agradecido para tener a quien echarle la culpa de despertarla a las cinco del amanecer. Tanto era así, que en las pocas ocasiones en que tenía que tantear en las tinieblas porque no encontraba las pantuflas en el lugar de siempre, ella decía de pronto con voz de entresueños: "Las dejaste anoche en el baño". Enseguida, con la voz despierta de rabia, maldecía:

—La peor desgracia de esta casa es que no se puede dormir.

Entonces se volteaba en la cama, encendía la luz sin la menor clemencia consigo misma, feliz con su primera victoria del día. En el fondo era un juego de ambos, mítico y perverso, pero por lo mismo reconfortante: uno de los tantos placeres peligrosos del amor domesticado. Pero fue por uno de esos juegos triviales que los primeros treinta años de vida en común estuvieron a punto de acabarse porque un día cualquiera no hubo jabón en el baño.

Empezó con la simplicidad de la rutina. El doctor Juvenal Urbino había regresado al dormitorio, en los tiempos en que todavía se bañaba sin ayuda, y empezó a vestirse sin encender la luz. Ella estaba como siempre a esa hora en su tibio estado fetal, los ojos cerrados, la respiración tenue, y ese brazo de danza sagrada sobre la cabeza. Pero estaba a medio sueño, como siempre, y él lo sabía. Al cabo de un largo rumor de almidones de linos en la oscuridad, el doctor Urbino habló consigo mismo:

—Hace como una semana que me estoy bañando sin jabón —dijo.

Aunque él conocía de sobra sus métodos de guerra, esa vez no pudo soportarlos. Se fue a vivir con cualquier pretexto profesional en los cuartos de internos del Hospital de la Misericordia, y solo aparecía en la casa para cambiarse de ropa al atardecer antes de las consultas a domicilio. Ella se iba para la cocina cuando lo oía llegar, fingiendo hacer cualquier cosa, y allí permanecía hasta sentir en la calle los pasos de los caballos del coche. Cada vez que trataron de

resolver la discordia en los tres meses siguientes, lo único que lograron fue atizarla. Él no estaba dispuesto a volver mientras ella no admitiera que no había jabón en el baño, y ella no estaba dispuesta a recibirlo mientras él no reconociera haber mentido a conciencia para atormentarla.

El incidente, por supuesto, les dio oportunidad de evocar otros, muchos otros pleitos minúsculos de otros tantos amaneceres turbios. Unos resentimientos revolvieron los otros, reabrieron cicatrices antiguas, las volvieron heridas nuevas, y ambos se asustaron con la comprobación desoladora de que en tantos años de lidia conyugal no habían hecho mucho más que pastorear rencores. Él llegó a proponer que se sometieran juntos a una confesión abierta, con el señor arzobispo si era preciso, para que fuera Dios quien decidiera como árbitro final si había o no había jabón en la jabonera del baño. Entonces ella, que tan buenos estribos tenía, los perdió con un grito histórico:

—¡A la mierda el señor arzobispo!

El impropio estremeció los cimientos de la ciudad, dio origen a consejos que no fue fácil desmentir, y quedó incorporado al habla popular con aires de zarzuela: “¡A la mierda el señor arzobispo!”. Consciente de que había rebasado la línea, ella se anticipó a la reacción que esperaba del esposo, y lo amenazó con mudarse sola a la antigua casa de su padre.

(...)

No era una bravata: quería irse de veras, sin importarle el escándalo social, y el marido se dio cuenta a tiempo. El no tuvo valor para desafiar sus prejuicios: cedió. No en el sentido de admitir que había jabón en el baño, pues habría sido un agravio a la verdad, sino en el de seguir viviendo en la misma casa, pero en cuartos separados, y sin dirigirse la palabra. Así comían, sorteando la situación con tanta destreza que se mandaban recados con los hijos de un lado al otro de la mesa, sin que estos se dieran cuenta de que no se hablaban.⁸

- En el plano de la estructura *psicopática* de la sexualidad: hace referencia al ejercicio sistemático de la sexualidad, en condiciones definidas socioculturalmente como inadecuadas o anómalas, en las cuales un miembro de la pareja, o los dos, o varios, utiliza(n) lo sexual para sus propios fines, causando *daño* físico o emocional al otro (o a sí mismos), *sin represión ni vivencias de culpa y sin intención de cambio* hacia formas más adaptativas ni sanas, ni socialmente más aceptables del

8. G. García Márquez, *op. cit.*

ejercicio habitual de su sexualidad. Se caracteriza por la aceptación completa y sin angustia de la conducta sexual inmadura.

- En el plano de la estructura *psicótica* de la sexualidad: hace referencia al ejercicio sistemático de la sexualidad en condiciones caóticas determinadas por la *pérdida de contacto con la realidad* y durante el curso de la enfermedad.

Así entonces, cada uno de los trastornos de la sexualidad ha de abordarse psicopatológicamente desde las tres estructuras anotadas.

En síntesis, la psicopatología de la vida sexual se da cuando la *sexualidad habitual* es:

- sistemáticamente no gratificante,
- cuando solo se utiliza un elemento pregenital parcial en forma psicorregida,
- o cuando se causa daño físico o emocional.

Vistos de esta manera, los trastornos de la sexualidad se dan:

- Por alteración en la *selección del objeto sexual*, cuando este no es sexualmente maduro o emocionalmente adecuado.
 - El *homosexualismo egodistónico* masculino o femenino, primario o secundario (en el cual hay tendencias heterosexuales fuertemente reprimidas y conflictivizadas). Puede ser un conflicto emocionalmente *latente (parcialmente inconsciente)*, o *activo*.

Del bello joven Jacinto, príncipe espartano no solo se enamoró el poeta Támiris –el primer hombre que cortejó a uno de su sexo–, sino también el propio Apolo –el primer dios que lo hizo–. Para Apolo, Támiris no resultó ser un rival serio; le oyó jactarse de que podía superar a las Musas en el canto, y les informó de ello maliciosamente, por lo que ellas enseguida privaron a Támiris de la vista, la voz y su memoria para tañer el arpa. Pero el Viento del Oeste también se había encaprichado de Jacinto y se sentía locamente celoso de Apolo. Un día en que Apolo le estaba enseñando al muchacho a lanzar un disco, el Viento del Oeste se apoderó del disco en el aire, lo lanzó contra el cráneo de Jacinto y lo mató. De su sangre brotó la flor del jacinto.⁹

9. R. Graves, *Los mitos griegos* (Madrid: Alianza Editorial S. A., 1988).

- La *paedofilia* o *infantosexualidad*: elección de niños o individuos sexualmente inmaduros, ante la dificultad sistemática para establecer una relación sexual madura.

En la actualidad se exploran técnicas que facilitan la identificación de los pedófilos, mediante la observación de respuestas cerebrales a estímulos sexuales específicos¹⁰.

Layo al ser desterrado de Tebas, fue recibido hospitalariamente por Pélope en Pisa, pero se enamoró de Crisipo, hijo pequeño de aquella, y tan pronto como se anuló la condena de destierro, retiró al niño en su carro y lo llevó a Tebas como su amante. Algunos dicen que Layo fue el primer pederasta, motivo por el cual los tebanos, lejos de condenar la práctica, mantienen un regimiento llamado la Banda Sagrada, compuesto enteramente por muchachos y sus amantes.¹¹

- La *gerontofilia*: la apetencia sexual psicopatológica con ancianos que puedan considerarse física o emocionalmente indefensos. Puede ser hetero u homosexual.

Una tibia tarde, después de almorzar en Gálata langosta con espliego, decidí ir a uno de los baños de vapor de la localidad, para perder un poco de peso. Me llevaron a un abovedado acuario en donde unos muchachos holgaban junto al agua, y de allí a un *tepidarium*, donde unos caballeros entrados en años leían el periódico. De allí, pasé a la sala de vapor, tenuemente iluminada por una lámpara de aceite. Desnudas figuras se movían despacio (como en uno de los círculos de Dante) en la hipnótica quietud del sofocante vapor. Olía a jabón barato, a sudor humano y a obra de albañilería en descomposición. Me tendí en una mesa de mármol, y, de repente, vi aparecer del vapor a un viejo decrepito que se agarró al borde del mármol en que yo yacía. En pie, detrás del anciano vi a un bárbaro, con trazas de gorila, que ensartó su gran obelisco entre las nalgas del patriarca. Me disponía a acudir en ayuda de tan maltratada persona, cuando vi que sonreía, dirigiéndome un perverso guiño (...) (más tarde) (...) dije al Marqués:

—¿Encuentra satisfactorias sus particulares aficiones?

El Marqués me contempló meditativo:

10. J. Ponseti *et al.*, "Assessment of Pedophilia Using Hemodynamic Brain Response to Sexual Stimuli", in *Arch Gen Psychiatry*, 69(2):187-194 (2012. En: www.neurologia.com, revisado el 15/03/2012).

11. R. Graves, *ibidem*.

—La vida es breve, y he procurado sacar el mejor partido de mi temporada en este valle de lágrimas. Ya no tengo erecciones. Ahora solo sirvo para las relaciones anales.

Insistí: —¿Y realmente le parecen placenteras?

Cruzando filosóficamente los brazos, el Marqués dijo:

—Bueno, le diré... la postura es gauche, el placer discutible, y los efectos posteriores claramente humillantes, pero le deja a uno con una sensación de serenidad interior, e incluso, con la sensación de secreto emolumento. Ciertamente, está muy lejos de ser un acto dotado de dignidad, pero tiene sus pequeños encantos. Cuando me encuentre de regreso en mi *chateau* de la Gascuña, dedicado a cultivar tulipanes, pensaré en Bizancio con nebulosa nostalgia.¹²

- La *necrofilia*: elección psicopatológica de individuos muertos (cadáveres) como pareja sexual. Es de estructura psicótica.

Lo que tú hiciste... creo que no tiene nombre. Mientras estabas... mientras estabas con ella... movías tus manos por todo su cuerpo desnudo y murmurabas con ternura. “Zyanya, mi amor”, y decías “Nochipa, mi querida”, y “Zyanya, mi adorada” y exclamabas, ¡Otra vez!, “Nochipa!” y así seguías. —Tragó saliva, como para no devolver el estómago—. Porque los dos nombres quieren decir lo mismo, no sé con quién pensabas que te acostabas, si con mi hermana o con tu hija, o con las dos, o alternándolas. Pero sí sé esto: las dos mujeres llamadas siempre, tu esposa y tu hija, murieron hace años. ¡Zaa, estabas copulando con los muertos!¹³

- La *zoofilia* o el *bestialismo*: la elección psicopatológica de un animal como pareja sexual.

Mi conciencia del bien y del mal era bastante simple, pero el padre me asistió con un diccionario de pecados para que yo contestara cuáles había cometido y cuáles no. Creo que contesté bien hasta que me preguntó si no había hecho cosas inmundas con animales. Tenía la noción confusa de que algunos mayores cometían con las burras algún pecado que nunca había entendido, pero solo aquella noche aprendí que también era posible con las gallinas.¹⁴

12. F. Prokosch, *El manuscrito de Missolonghi* (Barcelona: Editorial Planeta, 1968).

13. G. Jennings, *op. cit.*

14. G. García Márquez, *Vivir para contarla* (Bogotá: Editorial Norma S.A., 2002).

- El *fetichismo*: la excitación y satisfacción sexuales con objetos (ropa interior, zapatos, medias de seda) o partes del cuerpo (cabellos, senos, nalgas), sin participación activa de una pareja sexual. Esta *exclusión de la pareja* es lo que determina la estructura perversa de esta conducta, típicamente masculina, y de características casi exclusivamente masturbatorias.

En una subasta en Internet se pusieron a la venta un sostén de cuero con su tanga compañera que Madonna usó en una sesión fotográfica y que ella firmó en la entrepierna. También es apetecido el corsé que utilizó en múltiples ocasiones en los 80 y que aún conserva huellas de sudor y maquillaje. El precio base de cada prenda fue de US\$ 1.500 pero cada día aumentan las ofertas de quienes quieren sentir de cerca a la “chica material”.¹⁵

Se debe distinguir de quienes usan el fetiche como una forma de preparación del acto sexual con una pareja adecuada. Tampoco se consideran fetichismo las preferencias por ciertas partes del cuerpo de la pareja.

- La *masturbación* compulsiva practicada en forma sistemática como única forma deseada y realizada de actividad sexual, existiendo las posibilidades de practicar una sexualidad adecuada y madura. Implica que su práctica excluye esta última posibilidad.

Crecía yo, y crecía mi mano. “Aquello” me ocurrió finalmente una tarde en el retrete del Instituto; tuve una decepción, seguida inmediatamente por un violento sentimiento de culpabilidad. ¡Había creído que “aquello” era algo diferente! Pero, a pesar de mi decepción, eclipsada por los deleites del remordimiento, volvía siempre a hacer “aquello”, diciéndome: ¡Esta es la última, la última vez! A los tres días, la tentación de hacerlo una vez más se apoderaba nuevamente de mí, y nunca pude luchar más de un día y una noche contra mi deseo de volverlo a hacer, y siempre volvía a hacer “aquello”, “aquello”, “aquello”.

“Aquello” no lo era todo... El remordimiento por haber hecho “aquello” aumentaba el inquebrantable rigor de mi trabajo en mis dibujos.

Imbuído de un respeto creciente y casi religioso por el arte, llegaba a mi casa con la cabeza llena de Rembrandt y me iba a encerrar en el retrete para hacer

15. *Revista Semana*, edición 990: 84 (abril 2001).

“aquello”. “Aquello” lo hacía cada vez mejor, y yo empezaba a encontrar una técnica psíquica de retardación que me permitía hacer “aquello” a intervalos menos frecuentes. Pues ya no decía: “Esta es la última vez”. Sabía por experiencia que ya no me era posible dejar de hacerlo. Lo que hacía era prometerme que lo haría el domingo y luego “de vez en cuando, en domingo”. La idea de que tenía reservado este placer calmaba mis anhelos y ansiedades eróticas y llegué al punto de hallar un verdadero placer voluptuoso en la demora. Como ya no me lo negaba del mismo modo categórico, y sabía que, cuanto más lo aplazase, tanto mejor sería “aquello” cuando lo hiciese, podía esperar la llegada del momento con vértigos y agonías cada vez más agradables.¹⁶

No se le considera de carácter psicopatológico la practicada durante la infancia ni la adolescencia, ni las que se dan en condiciones de exclusión-reclusión.

En Valledupar entendió por fin por qué los gallos correteaban a las gallinas, presencié la ceremonia brutal de los burros, vio nacer los terneros, y oyó hablar a las primas con naturalidad de cuáles parejas de la familia seguían haciendo el amor y cuáles y cuándo y por qué habían dejado de hacerlo aunque siguieran viviendo juntas. Fue entonces cuando se inició en los amores solitarios, con la rara sensación de estar descubriendo algo que sus instintos sabían desde siempre, primero en la cama, con el aliento amordazado para no delatarse en el dormitorio compartido con media docena de primas, y después a dos manos tumbada a la bartola en el piso del baño, con el pelo suelto y fumando sus primeras calillas de arriero. Siempre lo hizo con unas dudas de conciencia que solo logró superar después de casada, y siempre en un secreto absoluto, mientras que las primas alardeaban entre ellas no solo la cantidad de veces en un día, sino incluso de la forma y el tamaño de sus orgasmos.¹⁷

- Por alteración en la *práctica sexual*:
 - *Sadismo*: forma sistemática de excitación y obtención de satisfacción sexual por medio del sufrimiento o daño físico o emocional de otro. Forma una unidad dialéctica con el masoquismo. No se da sádico sin masoquista. Son una forma patológica de *erotización del dolor* y frecuentemente adquieren el carácter de lo perverso.

16. S. Dalí, *Vida secreta de Salvador Dalí* (Barcelona: Editorial Antártida, 1993).

17. G. García Márquez, *El amor en los tiempos del cólera*, op. cit.

Ella me miró cruelmente desilusionada y con sonrisa enojada y desdeñada me dijo:

—¿Así no querrás volver mañana en la tarde?

—Mañana en la tarde, sí —contesté— y durante cinco años, pero ¡ni un día más!

Y así fue mi novia por cinco años. Durante este tiempo me fue fiel hasta el misticismo.

(...)

En el curso de este idilio quinquenal puse en práctica todos los recursos de mi perversidad sentimental. Había logrado crear en ella tal necesidad de mí, había graduado tan cínicamente la frecuencia de nuestras entrevistas, las clases de temas que le hablaría, las mentiras sensacionales acerca de supuestos inventos que no había hecho y que en su mayoría eran improvisados, que podía ver crecer mi influencia día a día. Era una fascinación metódica, envolvente, aniquiladora, mortal. Llegó un día en que consideré “madura” a mi niña y empecé a exigir que hiciera cosas, sacrificios por mí —¿No me había dicho a menudo que estaba dispuesta a dar la vida, a morir por mí?—¹⁸

- *Masochismo*: forma sistemática de excitación y obtención de satisfacción sexual por la vía de la experimentación del dolor, lo que permite producirse activa o pasivamente sufrimiento o daño a uno mismo.

Incluso Fletcher quedó prendado de aquel salaz ambiente ateniense. Solía esconderse en la caseta del jardinero y luego asediar a las parlanchinas lavanderas albanas hasta conseguir que accedieran a clavarle menudos alfileres en las nalgas.

(...)

La dueña de la casa en que yo vivía se quejó de esta *chinoiserie* de Fletcher, pero pude tranquilizarla gracias a asegurarle que se trataba de una antigua costumbre de los naturales de Cornualles.¹⁹

- *Escopofilia* o *Voyerismo*: forma sistemática de obtener excitación y satisfacción sexuales mediante la observación de otros cuando se desnudan, descubren sus genitales o realizan una práctica sexual.

18. S. Dalí, *op. cit.*

19. F. Prokosch, *op. cit.*

Era un rico mercader persa cuyo harén estaba formado por las cuatro esposas permitidas además de las numerosas concubinas habituales. El delito del que lo acusaron se leyó en voz alta: “*Yalwat*”. Eso solo significa “proximidad comprometedor”. Acusaban al mercader de haber hecho *zina* con dos de sus concubinas al mismo tiempo, mientras sus cuatro esposas y una tercera concubina tenían libertad para mirar; y todas estas circunstancias juntas eran *haram* bajo la ley musulmana. El mercader, caprichosa, orgullosa o estúpidamente, había dejado que cinco mujeres observaran su proeza, y después, por resentimiento, celos o algún otro motivo femenino, habían presentado contra él, la acusación. Y del mismo modo las cinco mujeres pudieron observar cómo se lo llevaban, pateando y gritando, a la terraza y lo arrojaban vivo en el aceite hirviendo. No voy a detenerme hablando de los minutos que siguieron.²⁰

Es frecuentemente un acto masturbatorio de estructura habitualmente neurótica, el cual se tiene como única forma de obtener placer sexual solo con la *erotización patológica de la mirada*, excluyendo sistemáticamente la posibilidad de gratificación genital adulta y madura. Es una observación a distancia, de espía; es la observación a través del “ojo de la cerradura”. En la actualidad dicha conducta puede estar representada por las “líneas calientes” telefónicas o *voyerismo auditivo*, o por el acceso reiterado y compulsivo, casi siempre con fines masturbatorios de los espacios porno de Internet.

¡Ay de mí! Su Ilustrísima me pidió que hablara de sexo y pecado, ¿no es así reverendos frailes?, pero parece que no puede escuchar por mucho tiempo sin ponerse tan encarnado como su sotana y sin que huya fuera de aquí. Aunque naturalmente se me olvidaba que su Ilustrísima puede leerlo cuando esté en calma. Entonces, ¿puedo proseguir, mis señores? (...)

(...) *Santificada, Cesárea, Católica Majestad, el Emperador Don Carlos, nuestro Señor Rey:*

Nuestra más Virtuosa Majestad y Sagaz Monarca: desde la Ciudad de México, capital de la Nueva España, en este día de fiesta de la Circuncisión y en el Año de Nuestro Señor mil quinientos veinte y nueve, os saludo.

20. G. Jennings, *op. cit.*

Con el corazón apesadumbrado, pero con mano sumisa, vuestro capellán os envía nuevamente, según vuestra nueva orden, otra recopilación más de los escritos dictados hasta la fecha por nuestro azteca. (...)

(...) Sin embargo, Señor, estamos estupefactos cuando vos relatáis que vuestra real persona y vuestros cortesanos estáis “completamente cautivados en la lectura en voz alta de estas páginas” (...)

(...) También Vuestra Majestad hace una pregunta incidental en esta última carta. Aunque nosotros mismos hemos asistido de vez en cuando a las sesiones de la narración del indio, y continuaremos haciéndolo si el tiempo lo permite, debemos respetuosamente recordarle a Vuestra Majestad, que el Obispo de México tiene otras obligaciones urgentes que impiden verificar o refutar personalmente cualquiera de las jactancias o aseveraciones de este parlanchín. (...)

(...) *Perdonadme, Señor, la mancha de tinta. Nuestra agitación aflige a nuestra mano. Pero satis superque...*

Como lo ordena Vuestra Majestad, los frailes y el joven lego seguirán anotando estas páginas hasta que –con el tiempo, rezamos– Vuestra Majestad nos ordene que seamos relevados de este deber tan deplorable. O hasta que los mismos frailes ya no puedan aguantar más este trabajo. Creemos que no violamos la confianza del confesionario si solamente mencionamos que en estos últimos meses, las confesiones de dichos hermanos han sido extremadamente fantasmagóricas, espeluznantes de escuchar y necesitadas de las más exigentes penitencias para recibir la absolución.

Que Nuestro Señor Jesucristo, Redentor y Maestro, sea siempre el consuelo y la defensa de Vuestra Majestad, contra todas las asechanzas de nuestro Adversario, es la constante oración del capellán de su S.C.C.M., (ecce signum) Zumárraga.²¹

No se considera psicopatológica la actividad que forma parte preliminar de los juegos copulativos de la actividad sexual madura.

- *Exhibicionismo*: forma sistemática de obtener excitación y satisfacción sexual mediante la exhibición de los genitales o del cuerpo a otro, principalmente a alguien fácilmente escandalizable, por ejemplo, un niño. Generalmente es de estructura perversa o psicopática.

Mi despertar debía de ir siempre acompañado de un ritmo exhibicionista, inspirado por mi desnudez. Para llevarlo a cabo, tenía que estar siempre despierto antes que Julia entrase en mi dormitorio para abrir mi ventana en la mañana.

21. G. Jennings, *ibidem*.

Este despertar, que efectuaba a pura fuerza de voluntad, era un tormento a causa de los agotadores acontecimientos que llenaban mis días. Todas las mañanas me devoraba el sueño. Conseguía, no obstante, despertarme con gran puntualidad, es decir, quince minutos antes que entrase Julia. Empleaba este intervalo en saborear la emoción erótica que iba a sacar de mi acto y especialmente, en inventar la postura que variaba diariamente y que cada mañana debía corresponder al renovado deseo de “mostrarme desnudo”, en la actitud que me pareciese más turbadora a mí y al mismo tiempo, fuese capaz de producir el mayor efecto en Julia.

Ensayaba mis gestos hasta el último momento, en que oía aproximarse los pasos de Julia. Tenía entonces que decidirme, y este último momento de perplejidad era uno de los más voluptuosos en mi incipiente exhibicionismo. En cuanto oía abrirse la puerta, quedaba petrificado en una tensa inmovilidad, simulando plácido sueño. Pero quien me hubiese mirado atentamente habría notado fácilmente mi agitación, pues se apoderaba de mi cuerpo un temblor tan violento, que tenía que apretar muy fuerte mis dientes para impedir que castañeteasen.²²

- *Oralismo*: forma sistemática de obtener excitación y placer sexuales a través del contacto oral con los genitales, rechazando el coito.
- ✓ *Fellatio*: es la actividad oral sobre el pene:

Pero su aliento desprendía aquel olor a avellana de la eyaculación masculina y la aparté asqueado de mí, diciendo:

—No pienso compartirte con otras mujeres del mismo modo que no lo consiento con otros hombres.²³

- ✓ *Cunnilingus*: es la actividad oral sobre los genitales femeninos:

Luego se colocó sobre mi pecho, con el cuerpo levantado, los suaves rizos de sus partes inferiores rozaban mi cara, de modo que tenía su *mihrab* al alcance de mi lengua, y me susurró:

—La lengua no puede romper la membrana *sangar*. Haz con la lengua todo lo que puedas.

Aunque la Princesa no llevaba perfume, esta parte suya estaba fresca y fragante, como helecho o lechuga tierna. Y no había exagerado al hablar de su *zambur*

22. S. Dalí, *op. cit.*

23. G. Jennings, *Halcón* (Barcelona: Editorial Planeta, 1992).

pues parecía como si mi lengua encontrara allí la punta de otra lengua, y me lamiera, rozara y se introdujera en respuesta a la mía.²⁴

El oralismo puede ser práctica homosexual o heterosexual.

- *Analismo* o coito *per anum* o *pederastia*: forma sistemática de obtener excitación y placer sexuales mediante la introducción de objetos por el ano.

Emitía aún sonidos confusos, pero con voz apagada porque tenía en la boca uno de los falocriptos. Otro órgano artificial sobresalía por su parte trasera, pero estaba fabricado de fino jade verde. Por delante, su órgano auténtico era invisible porque estaba metido dentro de algo parecido a un sombrero militar mongol.²⁵

- *Uretralismo*: forma sistemática de obtener excitación y placer sexuales mediante la introducción de objetos por la uretra.
- *Frotteurismo*: forma sistemática de obtener excitación y placer sexuales mediante el roce o frotamiento de los genitales sobre el cuerpo de otras personas, principalmente en aglomeraciones. Tiene connotación masturbatoria.
- *Coprofilia*: forma sistemática de obtener excitación y placer sexuales mediante el contacto con heces (si orina, urolagnia) a menudo vertidos sobre la boca.
- *Promiscuidad sexual*.

En febrero, y a la sombra de la Acrópolis, inicié mi “ateniense libertinaje”. Haciendo caso omiso de la virginidad de Theresa, que olía a césped recién cegado, y de la fresca juventud de Nicolás, que olía a zumo de naranja, comencé una serie de relaciones, de una noche cada una, que dejaron mi pobre miembro viril chorreando gonococos.

Había un burdel en el que las muchachas aguardaban recostadas en alcobas con cortinas, dispuestas en círculo, alrededor de una amplia piscina, lugar al que me acompañaba un jorobado, para que eligiera. Pero pronto me aburrí de la facilidad y vulgaridad de aquel lugar. Pronto, preferí otro “burdel” que era un establo abandonado, situado junto a un parque, donde las ramerías actuaban

24. G. Jennings, *El Viajero*.

25. G. Jennings, *ibidem*.

invisibles en los rincones que olían aún a ganado, y donde la lujuria quedaba aderezada con todo el abandono propio de lo anónimo.²⁶

- Por alteraciones de la *identidad sexual* o no aceptación emocional del propio género, también denominadas alteraciones de la conciencia del propio sexo.
 - *Bisexualismo*: cuando el objeto activo de los impulsos sexuales son ambos sexos.

—Maynun era un poeta y Laila una poetisa, y vivieron hace mucho tiempo en un lejano lugar y tenían el poder de cambiar sus formas a voluntad. Podían hacerse más jóvenes o más viejos, más bellos o más feos, y tomar el sexo que quisieran. (...) Su deporte favorito era el amor. El acto físico de hacer el amor. Ella podía convertirse en el macho y él en la hembra. O ella podía ser Laila y él montarla en forma de león. O él podía ser Maynun. O los dos podían ser personas totalmente distintas. O los dos podían ser chiquillos delicados, o los dos hombres, o los dos mujer, o el uno adulto y el otro, niño. (...) Cuando se cansaban de hacer el amor humano, por variado o caprichoso que fuera, podían probar placeres inimaginables que sin duda conocen los animales: podían ser dos pájaros y hacerlo en pleno vuelo o dos mariposas y hacerlo abrazados dentro de una fragante flor, e incluso podían tomar la forma de personas hermafroditas. Las posibilidades debieron de ser infinitas, y sin duda, las probaron todas, porque durante su vida solo se dedicaron a esta ocupación, excepto cuando estaban momentáneamente saturados y hacían una pausa para escribir un poema o dos.²⁷

- *Transexualismo*: es la búsqueda sistemática de un cambio de género por inconformismo psicopatológico con el propio.

En el monte Cilene, Tiresias había visto a dos serpientes en el acto de acoplarse. Cuando ambas le atacaron, las golpeó con su bastón y mató a la hembra. Inmediatamente Tiresias se convirtió en una mujer y llegó a ser una ramera célebre; pero siete años después acertó a ver el mismo espectáculo y en el mismo lugar, y esta vez recuperó su virilidad matando a la serpiente macho.²⁸

26. F. Prokosch, *op. cit.*

27. G. Jennings, *El Viajero*.

28. R. Graves, *op. cit.*

Poseidón yació en una ocasión con la ninfa Cénide, y le dijo que pidiera un regalo de amor.

—Transfórmame —contestó ella— en un guerrero invulnerable. Estoy cansada de ser mujer.

Poseidón, cortésmente le cambió el sexo, y la ninfa se convirtió en Ceneo, e hizo la guerra con tan buen éxito que los lapitas no tardaron en elegirla su rey. Cuando Ceneo murió y se dispusieron a enterrarla el cadáver era otra vez el de una mujer.²⁹

- *Travestismo*: conducta psicopatológica en la cual el sujeto busca en forma sistemática vestir prendas de otro sexo con la finalidad de pertenecer en apariencia al otro sexo. Suelen evidenciarse inclinaciones homosexuales, componentes fetichistas y tendencia exhibicionista.

Calígula se puso peluca y ropas de mujer y, acompañado por un par de prostitutas jóvenes, comenzó a frecuentar las tabernas suburbanas, a donde los soldados bebían por la noche. Con la cara maquillada y rellenos debajo de la ropa, pasó por mujer, una mujer muy alta y poco atractiva, pero a fin de cuentas una mujer. En las tabernas dijo que era mantenida por un rico tendero que le daba mucho dinero... gracias a lo cual podía pagar las copas de todo el mundo. Esta generosidad la hizo muy popular entre los soldados.³⁰

- Las *alteraciones funcionales* se corresponden con las *disfunciones sexuales*, en las cuales hay fracaso reiterado de la función, atribuible en mayor medida a factores emocionales, tales como ansiedad y depresión. Cuando hay causa orgánica demostrable se tratan como tales y no constituyen psicopatología.
 - *Fallas en la erección*: no se incluyen las de causa orgánica, solo las impotencias de causa psicógena.

—Te concederé la libertad y el ganado —le dijo— si curas la impotencia a mi hijo Ificlo.

Melampo accedió. Comenzó la tarea sacrificando dos toros a Apolo y después de haber quemado los fémures con la grasa, dejó las reses muertas junto al altar. Poco después descendieron dos buitres y uno de ellos le dijo al otro:

29. R. Graves, *ibidem*.

30. R. Graves, *Yo, Claudio* (Madrid: Alianza Editorial S.A., 1988).

—Deben haber pasado varios años desde que estuvimos aquí la última vez.
 —Lo recuerdo —dijo el otro— Ificlo que entonces era todavía un niño, vio que se le acercaba su padre con un cuchillo manchado con sangre y se asustó. Al parecer temía que le castrara también a él, porque se puso a gritar con todas sus fuerzas. Filaco clavó el cuchillo en el peral sagrado que se alzaba aquí, para no perderlo, mientras corría a consolar a Ificlo. Ese susto explica la impotencia. ¡Pero Filaco se olvidó de recoger el cuchillo! Allí está todavía, clavado en el árbol, pero la corteza ha cubierto su hoja y solo se ve el extremo del mango.
 —En ese caso —observó el primer buitre— el remedio de la impotencia de Ificlo sería extraer el cuchillo, raspar el orín dejado por la sangre de carnero y administrárselo, mezclado con agua, durante diez días seguidos.
 —Estoy de acuerdo —declaró el otro buitre. ¡Pero quién con aún menos inteligencia que nosotros, sería lo suficientemente sensato como para prescribir semejante medicina?
 Así pudo Melampo curar a Ificlo, quien no tardó en engendrar un hijo.³¹

- ✓ *Impotencia primaria*: ausencia de erección que ha impedido la realización del coito cuantas veces ha sido intentada. Frecuente en trastornos severos de la personalidad.
- ✓ *Impotencia secundaria*: pérdida de la erección la mayor parte de las veces en que el individuo intenta el coito, o pérdida de la capacidad después de haber sido funcional y satisfactoria. Frecuentemente asociada con ansiedad o en sujetos psicorrígidos:

—Portero: Por mi fe, señor, estuvimos de jarana hasta el segundo canto del gallo, y el beber es un gran provocador de tres cosas.

—Macduff: ¿Qué tres cosas provoca especialmente el beber?

—Portero: ¡Pardiez! señor, enrojecimiento de nariz, modorra y orina. En cuanto a los apetitos amorosos, los provoca y los desprovoca; provoca el deseo pero impide la ejecución. Por eso, el mucho beber puede decirse que es el jesuitismo de los apetitos amorosos. Los crea y los destruye; los excita y los paraliza; los endereza y los arruga.³²

- ✓ *Impotencia selectiva*: cuando ocurre solo con determinadas parejas y no con otras.

31. R. Graves, *Los mitos griegos*, op. cit.

32. W. Shakespeare, *La tragedia de MacBeth*, acto II, escena III (Madrid: Aguilar, 1988).

- *Descarga eyaculatoria precoz*: eyaculación que ocurre antes de la penetración, durante la penetración o a los pocos segundos de la penetración, generando una vivencia de insatisfacción o malestar propio y de insatisfacción en la pareja. Es típica de ansiedad.

La obligo a ponerse de rodillas. Ella grita que ya ha tenido bastante. La suelto. Pasa una mano alrededor de mis muslos y con la otra trata de desabotonarme los pantalones. Antes que pueda apartarla, antes que ella pueda asir mi erección, llego al orgasmo y quedo allí atrapado como un tonto, eyaculando cimiento que mancha mis pantalones mientras ella sigue arrodillada como una adoratriz decepcionada, palpando el santuario del dios ciego que ante sus ojos se está convirtiendo en un gusano.³³

- En forma contrapuesta a la eyaculación precoz, se encuentran la *eyaculación anorgásmica* y la *aneyaculación*.

Mi abuela y el doctor Xia nunca tuvieron hijos. El doctor sostenía la teoría de que un hombre de sesenta y cinco años no debería eyacular, para así conservar su esperma, considerado como la esencia de un hombre. Años más tarde, mi abuela reveló a mi madre con aire misterioso que el doctor Xia había desarrollado a través del *qigong* una técnica que le permitía disfrutar del orgasmo sin eyacular. Conservaba una salud admirable en un hombre de su edad. Nunca estaba enfermo, y todos los días, incluso con temperaturas inferiores a los -23 °C, tomaba una ducha fría³⁴.

- *Dispareunia*: dolor vaginal sistemático con la penetración lo que impide gratificación genital. Habitualmente es de carácter neurótico.
- *Hiposexualidad*: trastorno de la sexualidad en la que hay una notoria disminución del impulso sexual (libido), que puede llegar incluso hasta la apatía e indiferencia sexuales. Es frecuente en personalidades ansiosas e inhibidas, en las depresiones severas, en algunas psicosis y en forma iatrogénica con el uso de neurolépticos. Muy frecuentemente se asocia a enfermedades orgánicas.
- ✓ *Anorgasmia*: ausencia o dificultad para obtener el orgasmo. Generalmente es de estructura neurótica:

33. M. West, *El mundo es de cristal* (Buenos Aires: Javier Vergara Editor, 1983).

34. J. Chang, *Cisnes salvajes* (Barcelona: Circe Ediciones S.A. 2010).

Y si antes estaba algo sonrojado, ahora debía estar totalmente colorado. Si la princesa Magas se dio cuenta, no por ello dejó de hablar:

—Ese es el punto más sensible de toda mujer, la auténtica esencia de su excitación sexual. Si su *zambur* no se excita, la mujer no responderá adecuadamente al abrazo sexual. Y si no disfruta nada con este acto, tampoco lo deseará. (...)

La niña de mayor será una mujer virtuosamente fría, sin respuesta sexual y que ni tan solo la deseará. La perfecta esposa musulmana.

—¿Perfecta? Pero ¿qué marido podría querer a una esposa así?

—Un marido musulmán —dijo sencillamente—. Una esposa así nunca cometerá adulterio ni pondrá cuernos a su marido. Es incapaz de imaginarse teniendo ningún contacto sexual. Tampoco provocará la ira de su marido coqueteando con otro hombre.³⁵

- ▶ *Femenina o frigidez*: puede ser primaria, secundaria, o selectiva.
- ▶ *Masculina o impotencia aneyaculatoria* con permanencia de la erección.

- *Hipersexualidad o erotomanía*: trastorno de la sexualidad por el cual una falta de gratificación orgásmica adecuada o una desinhibición del impulso sexual son sustituidos por un aumento del número de coitos.

(...) es aquí, llamó discretamente a la puerta, diez minutos después estaba ya desnuda, a los quince gemía, a los dieciocho susurraba palabras de amor que ya no tenía necesidad de fingir, a los veinte empezaba a perder la cabeza, a los veintiuno sintió que su cuerpo se desquiciaba de placer, a los veintidós gritó, Ahora, ahora, y cuando recuperó la consciencia, dijo, agotada y feliz, aún lo veo todo blanco.³⁶

- ✓ *Masculina*: satiriasis.

Hera comenzó a reprocharle a Zeus sus numerosas infidelidades. El las defendió alegando que, en todo caso, cuando compartía el lecho con ella, ella disfrutaba muchísimo más que él.

—Las mujeres, por supuesto, gozan con el acto sexual infinitamente más que los hombres —le dijo en tono fanfarrón.

35. G. Jennings, *El Viajero*, op. cit.

36. J. Saramago, *Ensayo sobre la ceguera* (Barcelona: Santillana S.A., 2000).

—¡Qué tontería! —replicó Hera— Sucede exactamente lo contrario y lo sabes muy bien.

Tiresias, llamado para arbitrar la disputa con su experiencia personal, declaró: “Si en diez partes divides del amor el placer, una a los hombres va y nueve a la mujer”.

La sonrisa triunfante de Zeus exasperó de tal modo a Hera que cegó a Tiresias, pero Zeus le compensó con la visión interior, y una vida que abarcó siete generaciones.³⁷

✓ *Femenina: ninfomanía.*

Durante mi ausencia en Bretaña, Mesalina lanzó un desafío al Gremio de Prostitutas, para que le enviase una representante que compitiera con ella en Palacio, a fin de ver cuál de las dos agotaba a más cortejantes en el curso de una noche. El Gremio mandó a una famosa siciliana llamada Escila. Cuando llegó el alba, Escila se vio obligada a confesarse derrotada con el vigesimoquinto amante, pero Mesalina continuó, por bravuconada, hasta que el sol estuvo muy alto en el cielo. Y lo peor era que la mayor parte de la nobleza fue invitada a concurrir a la prueba, y muchos hombres participaron en ella; y Mesalina convenció a tres o cuatro mujeres para que compitiesen también.³⁸

Formas de exploración y detección

La exploración juiciosa de la sexualidad debe involucrar la identificación de los *temores* conscientes e inconscientes a la exploración del propio cuerpo y el del compañero sexual, el temor a la utilización de los elementos pregenitales involucrados en el acto sexual, las dificultades en las capacidades de mirar y admirar al otro; los grados de aceptación de la pareja y del acto en sí mismo y, sobre todo, los temores a la culminación genital de la conducta sexual.

Polidoro observó con placer aquella pasividad. Apreciaba hondamente las muestras de pudor en una mujer, luego olvidadas en el lecho a causa de la pasión. Caetana, por ejemplo, cuidaba siempre de su dignidad. No había nacido para puta como las Tres Gracias³⁹.

37. R. Graves, *Los mitos griegos*, op. cit.

38. R. Graves, *Claudio, el dios, y su esposa Mesalina* (Madrid: Alianza Editorial S.A., 1988).

39. N. Piñón, *Dulce canción de Caetana* (Bogotá: Editorial Norma, 1994).

En la valoración de la conducta sexual se deben tener en cuenta múltiples factores, no solo del individuo sino también de su pareja: angustia, culpa, temores al embarazo, a enfermedades transmisibles, las circunstancias de tiempo, modo y lugar en que se realiza, el temor a ser espiados o escuchados, las condiciones higiénicas, las fantasías sobre lo sexual, el uso de estimulantes o depresores como alcohol, y explorar todo aquello que permita identificar condiciones de personalidad, factores culturales, sociales y ambientales, y en general mitos y tabúes alrededor de lo sexual.

Han de explorarse también enfermedades de tipo sistémico y consumo habitual o exagerado de tóxicos exógenos y de ciertos medicamentos.

La exploración adecuada de la sexualidad es uno de los tópicos que mayores resistencias o temores despiertan en el paciente y en el médico.

Al que realiza un crimen, se le llama asesino; al que lo narra, novelista.

Al que realiza el erotismo, se le envidia; al que lo narra, se le tacha de pornógrafo.⁴⁰

Una exploración adecuada implica la aclaración de dichos temores y de las causas (orgánicas, psicológicas, sociales o ambientales) de la alteración. Para ello hay que tener en cuenta las experiencias sexuales previas, principalmente las emocionalmente traumáticas (violaciones, incesto), los tipos de relación con la pareja, si esta relación es emocionalmente conflictiva, la presencia o ausencia de atractivo físico y sexual, las circunstancias en las que se suele realizar el coito, y las expectativas y deseos inconscientes acerca del sexo y el placer sexual. También se han de explorar los temores al embarazo y al contagio de enfermedades sexualmente transmisibles.

Margarita aplicó todo su esfuerzo en no llorar. Sabía que cuando Pedro llegaba así, no aceptaba negativas y se comportaba como una bestia.

Soprotó en silencio la humillación del golpe y guardó dentro de sí todo su miedo, mientras él tiraba lejos unos raídos calzoncillos y un largo escupitajo. Solía ser rápido entonces. Recordar eso, la alivió.

Margarita cayó de bruces, atragantó su boca, sintió el calor de la asfixia apretando su cabeza, y sin saber cómo, mordió su rabia y escupió carne ajena.

Pedro confundió el inesperado dolor con el inminente orgasmo; agonizando, balbuceó: "Te amo".⁴¹

40. A. Gala, *La soledad sonora* (Barcelona: Planeta, 1997).

41. G. Hernández, "Margarita", en *Más allá de la medida* (Madrid: Museo de la Palabra, Gens Ediciones, 2010. Edición de finalistas del primer Premio Internacional de Microrrelatos).

Por último, hay que recordar que un síntoma aislado u ocasional no necesariamente implica psicopatología.

La sexualidad normal sería entonces una práctica de elementos de gratificación que conducen a formas adultas, compartidas y maduras de enriquecimiento emocional para el sujeto y su pareja adecuadamente seleccionada.

En general, en las patologías neuróticas predominan los elementos restrictivos de la sexualidad que se traducen principalmente en evitadores de la genitalidad.

En las patologías de naturaleza psicopática lo característico es el daño emocional al otro, sin vivencias de culpa.

En las patologías de tipo psicótico, la desorganización de la conducta global explica el polimorfismo de toda la conducta sexual.

Sinopsis

Trastornos en la selección del objeto sexual	{ Homosexualidad egodistónica Paidofilia Fetichismo Masturbación compulsiva Gerontofilia Zoofilia Necrofilia
Trastornos de la práctica sexual	{ Sadismo Masoquismo Voyerismo Exhibicionismo Oralismo Analismo Uretralismo Froteurismo Coprofalia Promiscuidad
Trastornos de la identidad sexual	{ Bisexualismo Transexualismo Travestismo
Trastornos funcionales	{ Impotencia {Primaria Secundaria Selectiva Descarga eyaculatoria precoz Despareunia Anorgasmia {Masculina: impotencia aneyaculatoria Femenina: frigidez Hipersexualidad {Masculina: satiriasis Femenina: ninfomanía Hiposexualidad

IV parte

PSICOPATOLOGÍA Y PERSONALIDAD

La gran síntesis psicológica: la personalidad

Debería bastar esto, decir de alguien cómo se llama y esperar el resto de la vida para saber quién es, si alguna vez llegamos a saberlo.

SARAMAGO

Definición y conceptos básicos

Todas las funciones psicológicas actúan de manera integrada e interdependiente.

Todas dependen del funcionamiento de la base orgánica que las sustenta: el sistema nervioso central y su principal órgano, el cerebro.

De la totalidad de las funciones psicológicas surge un conjunto *sistemizado y complejamente organizado* de tendencias que han alcanzado *perfección evolutiva suficiente para orientar propósitos y definir conductas* perfiladas, tanto como ente biológico como ente de razón.

De esta manera, el conjunto del funcionamiento psicológico habitual da como resultante unas pautas características de reacción y de adaptación.

El conjunto de este funcionamiento guiado por dichas pautas es el que da lugar a *patrones de conducta habitual, al acto voluntario y sus derivados, el acto libre y el acto responsable*, esencias del acto puramente humano.

Es una observación corriente el que hay ciertas personas que se adaptan con más facilidad que otras a diferentes circunstancias propias de la vida o a modificaciones del entorno, unas que reaccionan de una manera más racional; otras, más instintiva. Así, personas con *rasgos semejantes* de comportamiento se pueden agrupar artificialmente por similitudes que permiten identificar fácilmente *distintos tipos de personalidad*.

Definimos la *personalidad* como el sistema de las *disposiciones individuales dominantes* según el cual se ordena y manifiesta la vida anímica de cada sujeto,

en lo que respecta a su espontaneidad, a su impresionabilidad, y a su modo de reaccionar *distintivos* con cierto grado de coherencia y con mayor o menor *conciencia e intención del Yo*¹.

Los *rasgos de personalidad* son patrones persistentes de formas de *percibir, relacionarse y pensar* sobre el entorno y sobre uno mismo, que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales². Los rasgos de personalidad no son psicopatológicos en sí mismos. Ciertos rasgos tienden a ir juntos: la gente tímida, en general, es poco habladora; los audaces, más exploradores, más agresivos, y por lo general tienen más compañeros sexuales que los tímidos.

Deja de lamentarte y levántate de una vez. Te las has arreglado para vivir huyendo, pero no se puede correr siempre, en algún momento hay que parar y enfrentarse consigo mismo. Por mucho que corras siempre estás dentro de la misma piel.³

Cuando dichos rasgos se vuelven inflexibles y desadaptativos causan deterioro funcional significativo y malestar. El conjunto de estos rasgos ya desadaptativos son los que constituyen los *trastornos de la personalidad*.

Es común que los trastornos de la personalidad se manifiesten desde antes de la adolescencia o inmediatamente después de ella, y se hacen visibles, con evidencia, durante la vida adulta. No son atribuibles a manifestación o consecuencia de otro trastorno mental, ni a efectos tóxicos, ni a enfermedad orgánica.

Aprendió temprano a llamar la atención privándose de aire y perfeccionó ese recurso hasta lograr que le saliera espuma por la boca, se le voltearan los ojos y cayera en convulsiones cada vez que le contradecían algún capricho. Se negaba a usar un cepillo de dientes, un peine o una cuchara, comía en el suelo lamiendo los alimentos, no podían dejarlo con otros niños porque mordía, ni entre adultos porque lanzaba un chillido vitricida capaz de moler los nervios al más bravo (...) acumulando la rabia sorda de los niños abandonados.⁴

1. H. Delgado, *La personalidad y el carácter* (Lima: Editorial Lumen, 1943).

2. DSM IV.

3. I. Allende, *El plan infinito* (Barcelona: Plaza y Janés Editores S.A., 1994).

4. I. Allende, *ibidem*.

Así, conocerlos facilita predicciones de cómo podría eventualmente un sujeto, con determinado tipo de personalidad, actuar o responder emocionalmente en un momento determinado.

La personalidad, en síntesis, refleja cómo funciona el ser humano en forma integral (no solo el psiquismo) y cómo es su adaptación a la realidad, a la vida y al entorno.

De la misma forma como físicamente nos diferenciamos del resto de nuestros semejantes, “así nuestra personalidad tiene un sello característico que la diferencia del resto de los mortales: *el carácter*”⁵.

Timothy Duane no perdonó a su padre que lo hubiera traído al mundo y que no se hubiera muerto a edad temprana y siguiera arruinándole los deseos de vivir con su buena salud y su mal talante. Para desafiarlo cometió un cúmulo de barbaridades tomando siempre la precaución de hacérselo saber al viejo, y así se le fueron cincuenta años en un odio enconado que le costó la paz y el bienestar. (...) Decidió no casarse ni tener hijos, incluso en las pocas ocasiones en que estuvo enamorado, para arruinar al otro la ambición de formar una dinastía. Con él moría el apellido familiar que tanto detestaba. (...) Culto y refinado, con la elegancia natural de quienes han nacido entre sábanas bordadas, tenía una inclinación apasionada por las artes y una simpatía que le ganaba amigos a destajo, pero de algún modo se las arreglaba para ocultar esas virtudes frente a su padre y comportarse como un rústico solo para provocarlo. Si el patriarca Duane organizaba una cena con la crema de la sociedad, él aparecía sin ser invitado, del brazo de una mujerzuela y dispuesto a violar unas cuantas normas de urbanidad. Mientras el padre rugía entre dientes que no deseaba volver a verlo en su vida, la madre lo protegía sin disimulo, aún a costa de un enfrentamiento con su marido. Consulta un psiquiatra para que te ayude a curar las fallas de carácter, hijo, le recomendaba a menudo, pero Timothy respondía que sin fallas no le quedaría carácter. Entre tanto, llevaba una existencia miserable, no por falta de medios sino por vocación de atormentado.⁶

Uno de los elementos constitutivos del carácter es la *voluntad*, la cual es un fenómeno eminentemente racional. “A la facultad de tendencia apetitiva racional se le llama voluntad”⁷.

5. L. J. Sánchez, *Psiquiatría general y psicopatología* (Bogotá: Siglo XX, 1947).

6. I. Allende, *op. cit.*

7. Laburu, en L. J. Sánchez, *Psiquiatría general y psicopatología* (Bogotá: Siglo XX, 1947).

La *voluntad* es una facultad interna, íntima y autónoma del Yo, independiente la mayoría de las veces de otros fenómenos sensoriales, perceptivos y afectivos, frente a los que atiende solamente a la propia voz interior y a la propia decisión.

La voluntad, como directa *manifestación del Yo*, ejercita su acto original en el *querer*. Con este “querer”, sustentado en *motivos y valores el individuo, lucha contra la pulsión instintiva, contra los impulsos de la vida afectiva, contra el hábito*. Es lo que genéricamente se denomina *acto o fuerza de voluntad*.

Incluso las esferas del pensamiento y del sentimiento se desarrollan fuera de la órbita volitiva, y solo cuando por medio de ese pensamiento o de ese sentimiento decimos “querer algo”, ellos nos sirven como medios para *sentir la necesidad de ese algo*, lo cual constituye el *deseo*. Desear algo, querer algo, buscar, actuar. La voluntad necesita el querer.

El deseo es afectivo, en tanto que la voluntad, el querer, son puramente racionales, friamente racionales⁸.

El deseo es una fuerza verdaderamente poderosa que no puede ser controlada.

Hay deseos físicos, sociales y mentales que tienen que ser satisfechos para poder inducir una sensación de seguridad.

Los deseos representan una urgencia de lograr algo, y en su mayoría representan la satisfacción de una necesidad: ¡hasta Dios tiene deseos! Ni siquiera Dios carece de deseos; uno, el deseo de crear⁹.

En el “querer” y en el “no querer”, como actos fundamentales de la voluntad, se reflejan las grandes tendencias del carácter y de la personalidad. En ningún aspecto de la personalidad como en el voluntario, se encuentra el individuo tan de frente consigo mismo y con sus propias dinámicas interiores.

El *acto voluntario* ocurre normalmente después de dos demoras: la primera *reflexiva*, y la segunda, *electiva*; es decir, que todo estímulo debe ser evaluado por todo el aparato perceptual (conciencia, atención) y posteriormente procesado por los mecanismos de *integración* (que dan lugar al fenómeno *reflexivo* en los que la memoria y la anticipación de las consecuencias de la respuesta son evaluadas), antes de que se produzca la respuesta selectiva, traducida como acto voluntario¹⁰.

8. L. J. Sánchez, *op. cit.*

9. Varios, *On the Wings of the Swan*. Conversaciones con Swami Niranjanananda Saraswati (Bogotá: Academia de Yoga Satyananda, 2005).

10. G. Vidal y R. Alarcón, *Psiquiatría* [Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1986].

Se denomina *libertad interna* al conjunto de condiciones psicológicas que permiten tomar decisiones ponderadas, racionales, autónomas, es decir, premeditadas y libres de presiones internas, como las que ejercen ciertas motivaciones inconscientes.

Cuando se hubieron ido saqué la escritura formal de posesión de ella, entregada por el Kan. Este era el regalo que yo quería hacerle: a saber, ella misma. Yo firmaría la escritura y se la entregaría, manumitiéndola así y dándole la posición de mujer libre, no perteneciente a nadie, no sometida a nadie. (...) Confiaba en tomar posesión finalmente de ella mediante una relación diferente de amo-esclavo. Si así tenía que ser, que fuera entregándose a sí misma, y solo podría entregarse si disponía de plena libertad para hacerlo.¹¹

Cuando una decisión ha sido ponderada y tomada con libertad interna, se da el verdadero *acto responsable*, que es el que permite asumir con responsabilidad las consecuencias de las decisiones que se toman. El acto responsable es la máxima expresión de la madurez emocional.

Es claro que la *capacidad de predicción* debe tener una meta, ya que el movimiento sin objetivo no solo es un gasto inútil, sino que puede ser muy peligroso. El destino o meta debe ser definido por el cerebro con mucha precisión con el fin de que podamos *escoger lo que haremos antes de hacerlo*. Es decir, la *intencionalidad* como un componente premotor del deseo, se desarrolló primero como la *capacidad de separar las propiedades de las cosas, de las cosas en sí mismas*. Esta, que es base de la abstracción, fue condición necesaria para la adquisición del lenguaje. Ahora bien, los eventos premotores que conducen a la expresión del lenguaje son exactamente los mismos que preceden a cualquier movimiento que se ejecute con un propósito definido¹².

Si un ser vivo tiene *sistemas complejos estables, responde a estímulos ambientales, tiene conciencia de sí mismo, es autoconsciente, toma decisiones por sí mismo porque puede escoger, y tiene libre albedrío*, se dice de él que tiene *mente propia*¹³.

La inmadurez emocional suele estar presente, en sus diferentes manifestaciones, en los trastornos de la personalidad.

11. G. Jennings, *El Viajero (Marco Polo)* (Barcelona: Editorial Planeta, 2003).

12. R. Llinás, *El cerebro y el mito del Yo: El papel de las neuronas en el pensamiento y el comportamiento humano* (Bogotá: Editorial Norma, 2003).

13. S. Hawking and L. Modinov, *El gran diseño* (Barcelona: Crítica, 2010).

Son todavía muchas las preguntas sin respuesta –a pesar de los grandes avances de la investigación neurocientífica– con respecto a cómo el cerebro logra el control consciente y voluntario (relacionado con el *libre albedrío*) de acciones dirigidas por la *voluntad*, y por tanto, generadoras de *responsabilidad* (moral o legal)^{14, 15}. De su comprensión se derivan múltiples consideraciones éticas, aún no resueltas¹⁶.

Bases biológicas de la función

Al ser la personalidad la resultante del funcionamiento integral de todas las funciones psicológicas, la base biológica es el sistema nervioso central en toda su integridad.

Si bien el cerebro es el asiento fundamental de toda la función, un papel preponderante lo realizan también los *lóbulos frontales*, principalmente, la *cor-teza prefrontal*.

Funcionamiento psicológico normal en la vida cotidiana

La personalidad es a la vez causa y efecto de patrones de conducta habitual. Es, en última instancia, la que va a determinar el grado de adaptación y el éxito de tal adaptación a las circunstancias que impone la realidad.

Dado que *la realidad por excelencia es la vida cotidiana, y lo cotidiano se hace en las interacciones que vivimos diariamente*, es por lo que decimos que en la vida cotidiana el hombre participa *con todos los aspectos de su personalidad*. Por eso, las formas en las que el sujeto vive su trabajo y la vida privada, las distracciones y el descanso, la actividad social sistematizada y los encuentros informales, las relaciones afectivas, las rutinas diarias, el uso personal y grupal del espacio, las formas del tiempo asociadas a las maneras de vivir, las tradiciones religiosas, los ritos y fiestas, los sistemas simbólicos presentes en la elaboración de los alimentos, en las ceremonias de los nacimientos y las muertes, los códigos de la hostilidad o la cercanía, las maneras y lógicas de la narración inscritas en cuentos y leyendas, chistes o música, mimetismos, modos de uso de los objetos, formas de concebir e interpretar el mundo, o el mundo intrincado

14. A. L. Roskies, "How does Neuroscience Affect our Conception of Volition?", in *Annu Rev Neurosci*, 33: 109-130 (2010).

15. A. L. Roskies, "Neuroscientific Challenges to Free Will and Responsibility", in *Trends Cogn Sci*, 10(9): 419-423 (Sep., 2006).

16. E. Racine and J. Illes, "Neuroethical Responsibilities", in *Can J Neurosci*, 33(3): 269-277 (Aug., 2006).

de los sentimientos, son elementos que forman activamente lo cotidiano¹⁷, escenario por excelencia de la realidad y elementos que permiten aproximarnos a la comprensión de cómo el sujeto se desempeña en esta.

La incorporación del *sistema de valores* (honestidad, respeto, responsabilidad) al ejercicio activo de la personalidad es un proceso fundamental de la cultura. El sistema de valores actúa como modulador de conductas sociales y como represor de impulsos instintivos. Una deficitaria incorporación de los valores culturales (conjunto de creencias, costumbres y formas de comunicación) condiciona dificultades adaptativas y de la interacción social.

Un proceso de similar importancia para la convivencia social debe ser realizado por la personalidad con la *efectiva incorporación del sistema normativo y de leyes* de la sociedad. La aversión sistemática de los sistemas normativos es propia de la sociopatía.

La incorporación de valores y de normas es fundamental en el desarrollo de la personalidad y permite que el individuo sea capaz de tomar decisiones responsables, que sea un ser autónomo capaz de gobernarse a *sí mismo*, que respete las necesidades de los demás y proteja el entorno.

Estos procesos integrados y debidamente internalizados y actuados constituyen el sustrato del *hábito* y de la *conducta habitual*.

Así, entonces, el pensamiento y la volición generarán conductas; estas, repetidas, generarán hábitos; los hábitos, moldearán el carácter, y el carácter imprimirá una dirección al llamado destino.

En general, el agrupamiento de rasgos de personalidad facilita la identificación de patrones genéricos que suelen caracterizar distintos tipos de personalidad: rasgos de altruismo, cooperación, confianza, y los que describen actitudes favorables hacia otros, facilitan la identificación de una personalidad afable; los rasgos de eficiencia, orden, sentido del deber, puntualidad, autodisciplina, alta capacidad de esfuerzo aplicado a la consecución de metas, posibilitan la identificación de una personalidad escrupulosa u obsesiva; rasgos de sociabilidad, entusiasmo, energía, identifican más al extrovertido, mientras que el neuroticismo está más identificado con los rasgos de irritabilidad, ansiedad, mal humor, pobre o nulo sentido del humor, estrés e impaciencia.

17. G. Rey, "Las huellas de lo social: interacción, socialización y vida cotidiana", en *Signo y Pensamiento*, núm. 11: 9-29 (Pontificia Universidad Javeriana, 1987, Bogotá).

En realidad, del bonche no queda sino el bochinche, y tal por cual ojo negro. Para algo se hizo la *sorna*, que es el humor que se burla, y la *ironía*, que es el humor que se devuelve, y la *sátira*, que es el humor que abochorna con agudeza, y el *cinismo*, que es el humor sin vergüenza y desparpajo. (Anónimo)

En psiquiatría, en medicina, en la vida, la que se enferma es la personalidad y no una función específica del psiquismo por importante que ella sea.

Psicopatología

En algunos tipos de personalidad es frecuente observar una tendencia a actuar “sin medir las consecuencias”, es decir, sin pensar en la responsabilidad derivada de lo que se actúa, en lo que podría denominarse como “*tendencia a buscarse problemas*”, al repetir conductas inapropiadas que, objetivamente valoradas, se concluye que previsiblemente conducen a fracaso o conflicto sin que haya daño cognitivo presente ni enturbiamiento de la conciencia.

Una hoja de papel –solo pedía eso mientras, desesperadamente, daba vueltas sobre sí mismo e inspeccionaba a golpe de vista cajones y estantes–, un insignificante pliego azul del Almacén Central de Suministros y Material de Oficina de Su Majestad, escrito por una cara, de mi propio puño, diciendo lo indecible, por una vez sin subterfugios, y firmado “Sandy”, con letra clara y legible, seguido a corta distancia por el apellido WOODROW en mayúsculas, para hacer saber a todo el mundo y a Tessa Quayle –ahora asesinada– que durante cinco minutos de desvarío aquella misma tarde, ya de regreso en el despacho, con su silueta desnuda aun mortificándolo en el recuerdo, un tal Sandy Woodrow, jefe de Cancillería de la Embajada Británica en Nairobi, cometió una extraordinaria locura con toda intención y premeditación, poniendo en peligro su carrera y su familia en un esfuerzo –condenado al fracaso– por acercar su vida a sus sentimientos.

Y una vez escrito lo que escribió, metió la carta en un sobre de Su Majestad y cerró dicho sobre con la lengua perfumada de whisky. Anotó con esmero la dirección y –desoyendo las sensatas voces interiores que lo instaban a esperar– llevó el sobre a la sala de correo de la embajada, en donde un empleado, sin molestarse en preguntar por qué un jefe de cancillería mandaba una carta para entregar en mano, con el rótulo *Personal*, a la silueta desnuda de la esposa bonita y joven de un colega y subordinado, con el triunfal colofón: “Te quiero, te quiero y te quiero, Sandy”...

... *Mi querida Tessa, a quien amo y amaré más que a nadie en el mundo:*

Mientras escribo, esta es mi única convicción absoluta, lo único que conozco de mí mismo. Hoy me has tratado muy mal pero no tan mal como yo a ti. Por mi boca y por la tuya hablaban quienes no debían. Te adoro y deseo de tal modo que apenas puedo soportarlo. Yo estoy dispuesto si tú lo estás. Mandemos al diablo nuestros ridículos matrimonios y huyamos a donde tú quieras, en cuanto tú quieras. Si es al fin del mundo, tanto mejor: Te quiero, te quiero y te quiero. Sandy.¹⁸

Una variante menor, pero no menos problemática, es la que corresponde a la *indecisión reiterada* o el *rasgo de dubitación*, que dificulta la toma de decisiones o precipita decisiones que luego son evaluadas como inadecuadas.

En ese momento se arrepintió Raimundo Silva de la decisión que había tomado, es decir, no llegó exactamente a arrepentirse, pero pensó que podía haberla aplazado algún tiempo, eligió estúpidamente la ocasión menos oportuna (...) mañana volveré a mis firmes resoluciones. Aun así, no buscó, en parte por saber que lo había tirado todo, en parte porque, suponiendo que encontrara algo, temía tener que decidir de nuevo, pues había la posibilidad que acabara tomando la decisión contraria permaneciendo en este juego de ida y vuelta de una voluntad de ser incapaz de ser suficientemente fuerte pero que se niega a ceder de una vez para siempre la flaqueza que reconoce en sí mismo.¹⁹

- Las *alteraciones de la región prefrontal* del cerebro tienen múltiples implicaciones sobre la personalidad, las cuales se pueden sintetizar así:
 - *Frontalización o síndrome frontal*: se producen cambios severos de la personalidad caracterizados por la pérdida de la autocrítica y del sentido moral de la conducta: hay desinhibición global, pérdida del pudor, aparece la *moria frontal* con humor expansivo, euforia “bobalicona” y puerilidad en la conductas y el discurso. La actividad psicomotora se caracteriza por pasividad, indiferencia, desinterés, estereotipias, perseveraciones, hiperoralidad y bulimia, y la alteración de la atención hace difícil la adquisición de nuevos conocimientos, además de coexistir con muy variados problemas neurológicos.
- Las *alteraciones de la voluntad* se manifiestan en el campo de la adaptación social:

18. J. Le Carré, *El jardinero fiel* (Barcelona: Plaza y Janés Editores S.A., 2001).

19. J. Saramago, *Historia del cerco de Lisboa* (Bogotá: Casa Editorial El Tiempo, 2001).

- La *abulia*: es la “falta de voluntad” traducida genéricamente como “debilidad del Yo”. En la medida en que el acto “más libre” es el “más voluntario”, es decir, el más determinado por el Yo, el menos libre es menos voluntario, y por tanto, menos responsable. De ahí que esta anomalía de la voluntad está relacionada con una defectuosa presentación de los valores que sustentan la acción, de la defectuosa subjetivación de los mismos, o en la deformación habitual de estos. La falta de voluntad así entendida “es un problema mucho más importante que la falta de memoria o la falta de atención, puesto que en ella el sujeto está enfrentado a realidades, cuya fuerza, en muchas ocasiones, es incapaz de contrarrestar por la actividad de su propio Yo²⁰.”

El síndrome abúlico se asocia con lesiones del núcleo caudado anterior.

Hay indicios de que los agonistas de dopamina pueden tener efectos terapéuticos en su tratamiento.

- Trastornos de la voluntad por *ausencia* en la demora de la reflexión: Generalmente asociados al *discontrol de impulsos* instintivos y a las respuestas de tipo epileptoide, por ser actos explosivos, abruptos, sin modulación afectiva, que permiten descarga masiva de la tensión. Se asocian a lesiones de lóbulo temporal, amígdala, hipocampo y lóbulos frontales. En forma no psicopatológica, se puede presentar durante el proceso de maduración ontogenético en niños mientras incorporan los procesos de reflexión.
- Trastornos de la voluntad por *distorsión* de los mecanismos integradores de la reflexión. Generalmente asociados al *acting out* o actuación que, aunque explosiva, ha permitido algún periodo de *premeditación*, mientras la tensión *in crescendo* llega a un punto en que desborda los mecanismos de control reflexivo, produciendo el *acto impulsivo*.
- Otros: los llamados *impulsos irresistibles* están en relación con las compulsiones, parafilias y manías (toxicomanías, cleptomanía, piromanía, juego patológico), en los que hay pérdida del control sin que medie un estímulo precipitante ambiental ocasional; traducen generalmente alteraciones persistentes más globales y profundas de

20. L. J. Sánchez, *op. cit.*

la personalidad, al igual que los casos de impulso homicida o suicida, y son diferentes en su valoración etiogénica a los desbordamientos conductuales bajo la denominación del influjo “de intensa ira o intenso dolor” contemplado en algunas jurisprudencias. En general, la *impulsividad* se refiere a la ejecución de *actos* que la *voluntad* no puede evitar, porque son actos reflejos, rápidos e irreflexivos.

- Las *alteraciones de los rasgos dominantes de la personalidad* inciden en alteraciones de esta solo cuando son “habitualmente dominantes” sobre otros rasgos más adaptativos, cuando por ellos el individuo tiene dificultades reiteradas para enfrentar situaciones de la vida cotidiana y cuando le producen sistemático sufrimiento. Por tanto, han de evaluarse en su conjunto y no aisladamente.

Maqroll partía de la convicción de que todo estaba perdido de antemano y sin remedio. Nacemos ya, decía, con vocación de vencidos. Bashur creía que todo estaba por hacer y que quienes en verdad acababan como perdedores eran los demás, los necios irredentos que minan el mundo con sus argucias de primera mano y sus camufladas debilidades ancestrales. Maqroll esperaba de las mujeres una amistad sin compromiso ni tráfico de culpas y siempre acababa abandonándolas. Bashur se enamoraba con infalible regularidad, como si fuera la primera vez, y aceptaba, sin examen ni juicio, como un don inestimable caído del cielo, todo lo que de ellas viniese. Maqroll en raras oportunidades enfrentaba a sus adversarios; prefería que la vida y las vueltas de la fortuna se encargaran de la lección y el castigo correspondientes. Abdul respondía de inmediato y brutalmente, sin calcular riesgos. Maqroll olvidaba las ofensas y, por lo tanto, la venganza. Bashur la cultivaba durante el tiempo que fuese necesario y la cobraba sin piedad, como si la ofensa hubiera ocurrido en ese instante. Maqroll carecía por completo de todo sentido del dinero. Abdul era generoso sin medida, pero en el fondo, mantenía un balance de pérdidas y ganancias. Maqroll no tuvo jamás lugar sobre la tierra. Abdul, lejano descendiente de beduinos, añoró siempre el aduar que lo acogía con el calor de los suyos. Maqroll fue un lector devorante, sobre todo de páginas de la historia y de memorias ilustres; le gustaba así confirmar su pesimismo sin salida sobre la tan traída y llevada condición humana, de la que tenía un concepto más bien desencantado y triste. Abdul jamás abrió un libro, ni entendió cuál era la utilidad de tal

cosa en la vida. No creía en los hombres como especie pero daba siempre a cada uno la oportunidad de probarle que estaba equivocado.²¹

Desde el punto de vista psicopatológico los rasgos habituales de la personalidad alterada se pueden agrupar con base en la observación clínica de la conducta en:

- Un grupo que comparte *rasgos sintomáticos de ciertas enfermedades mentales*:
 - ✓ *Rasgos obsesivos compulsivos*: comparten con la neurosis del mismo nombre, pero son clínicamente diferentes a ella los patrones de preocupación excesiva por el orden, el perfeccionismo y el control. La conducta habitual es psicorrigida, hay una exagerada tendencia a todo lo que signifique seguridad y es la expresión de una dificultad en el control de impulsos. “Impulsividad” y “compulsividad” comparten, en este sentido, la incapacidad de inhibir *comportamientos repetitivos*, con una creciente *egodistonia* que se disminuye con la ejecución del acto.
 - ✓ *Rasgos fóbicos*: comparten con la neurosis del mismo nombre, pero son clínicamente diferentes a ella los patrones de inhibición social, los sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la crítica y a la evaluación negativa y la tendencia a presentar temores exagerados o irracionales frente a situaciones específicas de la vida cotidiana.
 - ✓ *Rasgos histriónicos*: comparten con la neurosis del mismo nombre, pero son clínicamente diferentes a ella el patrón de emotividad excesiva y demanda de atención, el egocentrismo y la sistemática necesidad de aprobación por los demás, la sugestionabilidad, la manipulación, la erotización habitual de la relación interpersonal pero con marcados temores a la transformación de esta en actividad sexual genital.
 - ✓ *Rasgos esquizoides*: comparten con la psicosis del mismo nombre, pero son clínicamente diferentes a ellas el patrón de desconexión o dificultad en la expresión emocional, las dificultades o fracasos reiterados en el mantenimiento de relaciones

21. A. Mutis, *Empresas y tribulaciones de Maqroll El Gaviero. Siete novelas* (Bogotá: Alfaguara, 1977).

sociales o interpersonales que implique vínculo afectivo significativo, el predominio de la introversión como forma de alejamiento del contacto social, el aparente desinterés por el entorno, la tendencia a la ensoñación vigil y el conjunto de otros rasgos que se traducen en el reiterado fracaso de los procesos de socialización.

- ✓ *Rasgos paranoides*: comparten con la psicosis del mismo nombre, pero son clínicamente diferentes a ella el patrón de desconfianza y suspicacia, la interpretación maliciosa de las intenciones de los demás y el conjunto de rasgos que se traducen en una actitud básicamente hostil y desconfiada.
- Un grupo que comparte *rasgos sintomáticos de patologías orgánicas*:
 - ✓ *Rasgos epilépticos*: comparten con la enfermedad epiléptica, pero son clínicamente diferentes a ella ciertas características como el patrón impulsivo en la actuación, la dificultad sistemática para pensar antes de actuar y el pobre control de los impulsos agresivos y sexuales.
- Un grupo que en un sentido estricto va a configurar clínicamente los verdaderos trastornos de la personalidad.
 - ✓ *Rasgos psicopáticos*: son los que mayor disfunción social producen. Se incluyen el patrón habitual de desprecio de los demás, la violación sistemática de los derechos ajenos, la rebeldía injustificada, la actitud hostil y agresiva, la tendencia a la violencia, a la contradicción sistemática y sin razones, a la dificultad para aceptar e internalizar normas o valores sociales, a la falta de lealtad con otros, a la mentira patológica, al hurto y a todas aquellas conductas que reflejan un reiterado conflicto con las figuras de autoridad, la deserción escolar y laboral, el pandillismo, la ingesta desde edad temprana de tóxicos, las huidas del hogar, el abandono de la familia y todas las transgresiones, en *ausencia de sentimientos de culpa* y *con incapacidad de corrección de la conducta*.

El modelo actual más dominante sobre personalidad normal incluye el rasgo de “*neuroticismo*”, definido como una disposición a manifestar inestabilidad emocional y a expresar emociones negativas, como depresión, ansiedad e irritabilidad, que generalmente se asocian como predictores de mala evolución cuando

están presentes en forma definida en cualquier alteración de la personalidad²².

- Una forma aceptada de agrupar los trastornos de la personalidad se basa en el siguiente esquema:
 - *Personalidades del Grupo A*: relacionados con comportamientos extraños y excéntricos (trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico de la personalidad); es el predictor más fiable de mal pronóstico.
 - *Personalidades del Grupo B*: relacionados con comportamientos dramáticos y emocionales (trastornos antisocial, límite, histriónico y narcisista de la personalidad).
 - *Personalidades del Grupo C*: relacionados con comportamientos ansiosos y temerosos (trastornos evitativo, dependiente y obsesivo compulsivo de la personalidad).

Formas de exploración y detección

Habitualmente la queja no procede del paciente, sino de quienes conviven con él o de quienes son víctimas de su conducta.

La observación detallada de la conducta en general y de la particular durante la entrevista, por lo general coinciden en la identificación de los rasgos patológicos.

Hay que tener en cuenta que muchas veces una es la personalidad que se tiene efectivamente y otra la que *se muestra en ciertos contextos*: una persona habitualmente huraña y severa en el ámbito del trabajo, se muestra cariñosa y permisiva en el ámbito familiar íntimo, pero como rasgos de personalidad exhibe timidez y ensimismamiento, por ejemplo. Por ello, es de utilidad examinar con detalle los distintos ámbitos de la vida cotidiana y en ellos los rasgos que habitualmente se exhiben.

Burrís pensó que parecía un hombre muy distinto del personaje tenso e irritable de la noche anterior; y tampoco exhibía la mezcla de serenidad y nerviosismo que había mostrado después del llamado telefónico de Curtis.

Era evidente que Palmer tenía dos estilos diferentes, uno con los hombres y otro en presencia de mujeres atractivas. Con sus colaboradores de sexo

22. P. Bieling *et al.*, "La evolución longitudinal de los pacientes con trastorno bipolar evaluada con un *life-charting* está afectada por síntomas del trastorno de la personalidad del DSM IV", en *Bipolar disorders* (ed. Esp.) 2: 27-35 (2004).

masculino no ocultaba ninguna de las frustraciones íntimas que a veces lo hacían vibrar como un motor diesel que tiene el regulador roto. Tan pronto llegó Margit, Palmer se suavizó, pareció tranquilizarse, mostró buen ánimo y actuó exactamente como lo que Margit había deseado encontrar; es decir, un hombre mayor bastante atractivo, con una historia de éxitos personales, hijos crecidos, divorciado de su primera esposa, y una amante en la casa, una mujer a quien nadie había visto aún. Y por encima de todo eso, lograba sugerir sutilmente que todavía era el jefe retirado de un banco.²³

Un ejercicio práctico y útil es pedir que la persona describa la forma en que piensa cómo *lo ven los demás* y *cómo hipotéticamente ellos lo describirían*. Bien sabido es que es fácil para las personas decir: “esa persona es tímida, callada y de pocos amigos; esa otra es amiguera, fiestera, habladora; esa otra es malgeniada y agresiva; aquel es tacaño y grosero. ¿Cómo cree que a usted lo ven los demás?” A esta respuesta se añade otra pregunta: “¿Y cómo se describe usted mismo?”

El interés se centró implacablemente en Tessa, “la chica de la alta sociedad convertida en abogada por Oxford y Cambridge”, “la princesa Diana de los necesitados del África”, “la madre Teresa de los barrios pobres de Nairobi” y “el Ángel del Foreign Office a quien nada le daba lo mismo”.

(...)

Hasta entonces había sido el doctor Arnold Bluhm, el hijo adoptivo congoleño de un acaudalado matrimonio belga con intereses en la minería, educado en Kinshasa, Bruselas y la Sorbona, misionero de la medicina, ciudadano de las zonas en guerra, altruista sanador de Argel. En adelante fue Bluhm el seductor, Bluhm el adúltero, Bluhm el maníaco.

(...)

Y cuando se marcharon del río ella lo invitó a su apartamento e hizo el amor con él. Y por qué obró así, y quién pensaba que era *él* cuando lo hizo, y quién pensaba *él* que era *ella* y quienes eran uno y otro al término de aquel fin de semana, tales misterios, le aseguró ella mientras lo cubría de besos en la estación de ferrocarril, se resolverían con el tiempo y la costumbre.²⁴

23. I. Waller, *La cuenta suiza* (Buenos Aires: Editorial Pomare S.A., 1977).

24. J. Le Carré, *op. cit.*

La interpretación de los síntomas y su interrelación patológica deben estar enmarcadas en el contexto cultural específico en el que se desempeña el sujeto de la evaluación.

Un solo rasgo no hace ningún diagnóstico. El conjunto de la conducta inadaptada se aprecia en variadas alteraciones del funcionamiento psicológico y en sus repercusiones sobre la vida cotidiana.

Un hombre es un hombre, y un hombre está hecho de generosidades y egoísmos, de coraje y de debilidades, de coherencias e incoherencias: si una mitad de ti esperaba que no sucediera, la otra mitad lo deseaba hasta el espasmo.²⁵

Para explicar ciertos comportamientos precursores o intermórbidos de individuos que sufren desórdenes afectivos, resulta útil tener en cuenta que en dichos comportamientos suele haber cierto intento adaptativo y que el *rasgo temperamental* en sí mismo puede ser adaptativo²⁶, incluso cuando se convierte en comportamiento problemático, o potencialmente peligroso. Así, por ejemplo, en los llamados hipertímicos se pueden apreciar rasgos de alta energía, autoconfianza y liderazgo que en los periodos intermórbidos suelen ser socialmente valorados; en los temperamentos ciclotímicos se aprecia su facilidad de tomar riesgos o su papel en la creatividad artística; en los temperamentos irritables se aprecia su acción ejecutiva o militar y en los depresivos, como factor predictivo a ser tenido en cuenta, su tendencia a la acción autopunitiva.

Por otra parte, en casi todos los casos de neuroticismo se evidencian dificultades en el manejo y control de las emociones y los sentimientos, siendo frecuentes los apasionamientos, incluso como acompañamiento de causas objetivamente irrelevantes, pero que perturban en un sentido agudo la relación interpersonal, y de un modo más intenso la relación con los más próximos (con quienes se convive, sobre todo si es el cónyuge en una relación de pareja inarmónica pero estable en el tiempo).

Así, por ejemplo, quien habitualmente es ganancioso cuando tiene el cebo del beneficio se convierte en codicioso (no poder dejar de desear lo que es ajeno); el envidioso, más que poseer, desea despojar al otro de lo que tiene (solo se envidia lo que está próximo); el diletante arrasa con todo en la búsqueda insaciable de entretenimiento y novedad; el pródigo se complace en el

25. O. Fallaci, *Un hombre* (Barcelona: Ed. Noguer S.A., 1980).

26. H. Akiskal, "Affective Temperaments: Evolutionary Significance", in *Abstract on Disk 2000-2001-2002*. American Psychiatric Association (APA) (Philadelphia, 2002).

regalo porque no puede dejar de dar (al dar se satisface de poseer), y así sucesivamente con los rasgos caracterológicos que crean impronta en la personalidad, haciendo con ellos un ejercicio de cotidianeidad distintivo y conflictivo: el pasivo que disfraza su timidez con falsa humildad (intensidad del fracaso del deseo) o el habitualmente avergonzado (o, lo que es igual, quien fracasa en querer pasar desapercibido) o quien se escuda y defiende a través de la burla (la cual es más demoledora que la ironía, pues esta siempre respeta los valores de la persona)²⁷.

En este interjuego de rasgos de carácter y de personalidad exhibidos en el escenario de la vida cotidiana es en donde se hacen evidentes para el psiquiatra los influjos de los mecanismos inconscientes de defensa que determinan la mayor parte de los manejos neuróticos en la vida personal y en las relaciones interpersonales²⁸.

Entender estos aspectos sutiles del comportamiento contribuye a la contemplación de la compleja conducta humana y a explicar cómo matices adaptativos pueden intentar equilibrar conductas globalmente desadaptativas o a identificar y develar con mayor claridad las psicopatológicas.

En general, la madurez emocional se puede calificar por la observación retrospectiva de los patrones habituales de decisión y por las formas en que se adoptan las consecuencias de las decisiones tomadas. El deseo consciente es dinamismo de la voluntad por la cual el sujeto obtiene el sentimiento de hacer cosas y la conciencia de ser el causante de su acción. Ello plantea las distinciones semiológicas de acción voluntaria, volición sin acción (deseo de, o simple intención de), acción sin volición (impulsividad) y de acción sin deseo (sin libertad interna).

27. C. Gurméndez, *Tratado de las pasiones* (México: Fondo de Cultura Económica, 1986).

28. Ver *Apéndice I*.

Sinopsis

Trastornos por frontalización

Trastornos de la voluntad

{ Abulia
Discontrol de impulsos
Acting out
Impulsos irresistibles

Trastornos en rasgos de la personalidad

{ Obsesivo
Compulsivos
Fóbicos
Histriónicos
Esquizoides
Paranoides
Epilépticos
Psicopáticos

Trastornos de personalidad

{ Grupo A
Grupo B
Grupo C

V parte
APÉNDICES Y COMPLEMENTOS

El examen mental en la historia clínica

Aunque teóricamente se acepta decir que “*el examen del estado mental*” es un “anacronismo”, y que “el esfuerzo es mejor descrito como ‘*el examen comportamental del cerebro*’”¹, el término inicial se puede mantener para enfatizar que hay una estrecha relación entre *psicopatologías y enfermedades o disfunciones del cerebro*.

Incluso, en los que se creía que eran los síntomas psicológicos “clásicos”, también se reflejan alteraciones de la función cerebral²; tal es el caso de la “*bella indiferencia*”, que en los *trastornos de conversión* se han correlacionado con disfunción del hemisferio derecho.

Si bien es cierto que las relaciones *cerebro-conducta* son complejas, estas deben ser entendidas y puntualizadas siempre en el contexto clínico.

La siguiente es una guía práctica para la evaluación del examen mental en una historia clínica, *con base en la exploración psicopatológica de cada función del psiquismo*³, reiterando que la interpretación de dichos hallazgos ha de hacerse en forma integral, pues no hay ninguna función psicológica que actúe de manera aislada.

1. *Identificación general*
2. *Motivo de consulta*

Se transcribe en forma literal el motivo principal. En casos especiales, por ejemplo de niños o adultos traídos por terceros, se debe anotar

1. M. Taylor and N. Vaidya, *Descriptive Psychopathology*, ebook (New York: Cambridge University Press, 2009).
2. M. Taylor and N. Vaidya, *ibidem*.
3. G. Hernández *et al.*, “Exploración psiquiátrica”, en *Introducción a la clínica*. J. Alvarado (ed. académico) (Bogotá: CEJA, 2003).

especificando quién aporta la información, “según el paciente, por dolor de cabeza” o, si es el caso, “según el informante”, aunque hay que recordar que la historia clínica es del paciente y no de sus acompañantes; por tanto, la fuente privilegiada de información es el mismo paciente. A veces, según circunstancias, es útil confrontar y validar información con él o con otras fuentes, pero en lo posible con la autorización o aquiescencia del mismo.

3. *Enfermedad actual*

Se escriben en forma detallada, ordenando cronológicamente, todos los aspectos clínicos relevantes por los que se consulta, lo que se detectan durante la entrevista o el examen médico, y todos aquellos factores atenuantes o positivos que han intervenido en la situación clínica actual, datos *ya traducidos al lenguaje técnico médico*, en forma completa.

En su descripción se deben responder las preguntas *¿qué?, ¿cómo?, ¿dónde?, ¿cuándo?* y, si es posible, *¿por qué?*:

Paciente quien desde hace seis meses, sin antecedentes previos, presenta cambios en su comportamiento habitual: se torna en forma progresiva irritable y ocasionalmente agresivo con su familia y compañeros de trabajo, y desde hace dos meses muestra tendencia al aislamiento social. Según el informante ya no va a fiestas ni comparte con sus amigos. Según el paciente, él no ha tenido ningún cambio en su forma de ser.

Desde hace una semana le han visto gesticulando solitariamente y musita en forma ininteligible cuando se le inquiera. Ayer se encerró en una habitación presentando franca actividad delirante “sobre poderes que él solo tiene y que los demás le envidian y por eso lo quieren perjudicar” y trastorno sensorio-perceptivo asociado “ve como cosas raras que no existen”, “es como si estuviera haciendo exorcismos”, se viste extravagante y se desnuda en forma ritual y no ha ingerido alimentos “porque ellos me quieren envenenar”. Los familiares niegan otros cambios, y también niegan conocimiento de ingesta de tóxicos exógenos. El paciente evidencia en la entrevista una actitud muy suspicaz.

4. *Historia familiar*

Se anotan en forma sintética las características sociodemográficas, de salud general y de dinámica familiar de los núcleos primario (padres, hermanos, abuelos y otros colaterales), secundario (esposa, hijos) y paralelo, si lo hay, enfatizando el *tipo de relación emocional* mantenida a lo largo de la vida, por el paciente con cada uno de ellos. Al final

es útil anotar las características globales de la dinámica intrafamiliar observada:

Padre de 59 años, de extracción campesina, analfabeta, bebedor frecuente de alcohol quien durante sus embriagueces maltrataba física y emocionalmente al paciente y a la madre de este golpeándolos y acusando a esta de infidelidad conyugal y a él de ser “un bastardo”. El paciente vivencia sus recuerdos con tristeza y resentimiento.

Madre, falleció hace dos años a los 45 de edad, por un “tumor al pulmón”. El paciente la describe como sumisa y abnegada “y todo eso por los hijos”. “Fue para mí, la mejor madre del mundo porque siempre me protegió y me dio afecto”. La muerte de la madre precipitó la desintegración del núcleo familiar, ya que el paciente y su hermano abandonaron desde entonces la casa paterna “y ya no nos interesa saber nada de allá”. El duelo por esta muerte no ha sido adecuadamente elaborado por parte del paciente.

Hermana mayor, 25 años, soltera, desde “muy niña” abandonó el hogar, según el paciente, huyendo del maltrato del padre y la sumisión de la madre. Regresó al hogar varias semanas antes de la muerte de la madre, “pero ese día se desesperó y se volvió a ir y desde entonces no sé de ella”. El paciente la vivencia como una persona egoísta y celosa, y con ella la relación siempre fue distante.

Hermano menor, 17 años, “ya empezó a tomar y es igual de neurá a mi papá”. Abandonó sus estudios y no trabaja. La relación con el paciente es de intensa rivalidad, “desde hace tiempos no nos hablamos ni yo lo quiero volver a ver”. Se trata de un hogar carenciado económica, social y emocionalmente, con una figura paterna descrita como inadecuada y maltratante, y una materna pasiva y sumisa con la cual el paciente estableció un vínculo emocional estrecho. Con los hermanos la relación ha sido conflictiva.

En síntesis, la relación intrafamiliar fue disarmónica y el hogar aunque mantenido en forma estable en el tiempo (24 años), fue muy inarmónico en su dinámica. No ha constituido núcleo secundario, y en la actualidad vive sólo.

5. *Historia personal*

Se describen en forma detallada y ordenada cronológicamente los eventos relevantes de *cada una de las etapas del desarrollo*, comenzando, hasta donde sea posible, con la etapa prenatal e indicando, cuando ello sea del caso, si el aporte se basa en una fantasía, una suposición o un

hecho dado y, en todo caso, indagando al paciente sobre el porqué la causa del mismo, en su opinión.

Se debe hacer énfasis específico en cada una de las fases del desarrollo psicomotor. Este recuento cronológico y continuo se denomina el *corte longitudinal* de la historia:

Etapa prenatal: se explora si el paciente tiene la fantasía de haber sido hijo deseado o no deseado y el conocimiento de patologías sufridas por la madre durante el embarazo.

Etapa perinatal: se explora si el parto fue a término o no, si fue atendido intrahospitalariamente, y sin complicaciones. Si hubo apnea neonatal u otras patologías detectadas en ese momento. Si cree que inició lactancia al seno sin dificultades.

Etapa neonatal: la exploración detallada de esta etapa implica el conocimiento de los dinamismos del desarrollo del primer año de vida, por lo que se recomienda el estudio de la obra de Spitz,⁴ principalmente en lo referente a los organizadores del desarrollo del psiquismo, y de Piaget,⁵ en lo referente al desarrollo psicológico y de la conducta.

En cada caso ha de explorarse en la medida de lo posible, con información de primera mano –la de la madre– la presencia o no:

- Durante *el primer mes del recién nacido:* de respuesta a sonidos y movimientos de objetos, respuesta a la presencia y voz de la madre.
- Del *primero al cuarto mes:* seguir el movimiento de objetos a la línea media, respuesta al lenguaje, y aparición de la sonrisa.
- Del *cuarto al séptimo mes:* la respuesta a movimientos de objetos y el intento de asirlos, la sonrisa “social espontánea” y la captación de situaciones extrañas.
- Del *séptimo al décimo mes:* la manipulación incipiente de objetos, reacción a la imagen del espejo, imitación de acciones y sonidos de la madre.
- Del *décimo mes al año de edad:* sentarse solo, la búsqueda activa de lo novedoso.
- Desde *el año a los quince meses:* caminar sostenido de la mano y la cooperación al vestirse.
- De *los quince a los diez y ocho meses:* subir escalas, la vocalización dirigida a necesidades y las reacciones de aceptación o rechazo.

4. R. Spitz, *El primer año de vida del niño* (México: Fondo de Cultura Económica, 1986).

5. J. Piaget, “La Psicología genética”, en *Seis estudios de psicología* (Barcelona: G. Diamante, 1977).

- Del *año y medio a los dos años*: caminar coordinadamente, la construcción con cubos, la alimentación en gran parte por sí mismo, tener un juguete especial y la imitación de algunos patrones comportamentales.
- De los *dos a los tres años*: correr bien, patear un balón, subir y bajar escalas solo, aumento de la actividad motora fina, ser capaz de alinear cubos, imitar el tren, referirse a sí mismo por el nombre, decir no a lo que le disgusta. Disminuye la ansiedad de separación, y hace demostraciones organizadas de amor y protesta.⁶

Etapa preescolar:

De los *tres a los seis años*: controla esfínteres, maneja triciclo, mejora la coordinación fina, repite dígitos, hace figura humana con cabeza, tronco y extremidades, se alimenta solo, se viste y desviste solo, empieza a hacer letras y se amarra los cordones.

Etapa escolar: se exploran las reacciones al nuevo ambiente, la capacidad de adaptación al medio, a los pares y a los profesores, la facilidad o no de aprendizaje con respecto a los pares, la presencia de apodosos y su reacción emocional. Acatamiento de normas y reglamentos. Escribe y dibuja; tiene actividades motoras complejas que le permiten el ejercicio de deportes; es capaz de mayor independencia y aprendizaje.

Se explora detalladamente el conjunto de actividades de socialización y si hay relación especial con el padre del mismo sexo y si lo asume como modelo de identificación.

Adolescencia: se explora en detalle lo referente a la actividad sexual, a la identidad de género, al consumo de sustancias tóxicas, y también al sistema de ideales y creencias. Se identifica la presencia o no de conductas de riesgo, de lealtad a grupos, de conductas disociales y se correlacionan con posibles fallas académicas, disarmonía familiar o patología grupal.

Edad adulta: se exploran las características de selección y establecimiento de pareja, la sexualidad, la relación con pares, los vínculos y características laborales, la autosuficiencia económica, la perspectiva de la paternidad y su realización; la calidad de vida, la capacidad de dar y retribuir placer; la concordancia de las expectativas, etc.

Senectud: se exploran las reacciones emocionales ante las pérdidas; la vivencia del “nido vacío”, la muerte de los pares, la viudez, los cambios físicos, la pérdida de autonomías, etc.

6. H. Kaplan and B. Sadock, *Synopsis of Psychiatry* (Baltimore: William & Wilkins, 1998).

Cuando se explora con detalle un aspecto específico de la historia, profundizando en las circunstancias que lo rodearon, se dice que se hace un *corte transversal* en la historia. Por ejemplo: las experiencias emocionalmente perturbadoras.

6. *Experiencias emocionalmente perturbadoras*

Primero, las que espontáneamente manifiesta el paciente, las cuales son exploradas desde la óptica de *modo, tiempo y lugar*. Adicional a esto se miran con detalle las referentes a puntos identificados como *potencialmente perturbadores* a lo largo de la historia longitudinal anotada, las reacciones frente a pérdidas de cualquier tipo y las subsiguientes respuestas de adaptación.

7. *Identificación de rasgos de personalidad previos y actuales a la patología*

Es útil solicitarle al paciente que en sus propias palabras se describa a sí mismo, y además que describa cómo él percibe que los demás lo describen.

8. *Antecedentes personales*

- Patológicos: enfermedades padecidas a lo largo de la vida y sus reacciones emocionales.
- Quirúrgicos: intervenciones a las que ha sido sometido y sus reacciones emocionales.
- Traumáticos: principalmente traumatismos craneoencefálicos con pérdida de conciencia.
- Inmunológicos.
- Venéreos.
- Tóxicos: tipo, edad de consumo, frecuencia, consecuencias durante y después de intoxicaciones, principalmente los cambios de conducta asociados.
- En las mujeres siempre se anotan los antecedentes ginecobstétricos: menarquia, ciclos menstruales, última menstruación, planificación familiar, embarazos, abortos, partos, etc., y sus respuestas emocionales.

9. *Antecedentes familiares patológicos*

Principalmente los relacionados con hipertensión arterial, ACV, diabetes, enfermedades contagiosas, cáncer, epilepsia, retardo mental, depresión, suicidio o intentos de suicidio, adicciones y enfermedades mentales específicas.

10. *Revisión por sistemas*

Los que sean pertinentes.

11. Examen del paciente

- Examen físico completo incluyendo examen neurológico.
- Examen mental completo: se sugiere iniciar la transcripción de cada ítem, con un método descriptivo, y a continuación consignar la evaluación o contenido crítico que hace el entrevistador de la observación así obtenida, utilizando las formas de exploración más específicas de cada evaluación de la esfera mental, a través de *preguntas directas y pertinentes* que busquen obtener claridad suficiente antes de calificar algún hallazgo como psicopatológico. El buen entrevistador y el clínico en general deben aprender a preguntar y a explorar; dicho preguntar y explorar deben adecuarse al nivel de comprensión de quien es preguntado y explorado.

Se enfatiza que están contraindicadas, por antitécnicas, las preguntas dirigidas, las sesgadas o las incompletas:

¿Cierto que usted ve siempre cosas que no existen?

Es anormal ver cosas que no existen, ¿no es cierto que usted sí las ve?

Ver cosas raras...

Hay que recordar que el examen mental tiene una validación interna y toda una serie de correlatos entre las distintas funciones psicológicas. De ahí que un hallazgo psicopatológico en una esfera del funcionamiento mental de una u otra manera se acompaña de alteraciones mayores o menores de otra u otras funciones mentales. En otras palabras, no se dan, psicopatológicamente hablando, síntomas aislados y sin conexión con los de otras funciones.

En cada ítem explorado se busca validar la existencia no solo del dato aportado, ni siquiera el hallazgo mismo de lo detectado como psicopatológico; la verdadera y última finalidad es la *comprensión* de lo observado y la comprensión de cómo ese hallazgo psicopatológico afecta el psiquismo y, su resultante, la conducta y adaptación del paciente.

De ahí, que ni la historia clínica ni el examen mental sean el listado o recuento de alteraciones aisladas o sistematizadas, sino el instrumento por excelencia mediante el cual se logra la comprensión de lo que ocurre vitalmente al paciente.

- *Apariencia, porte y actitud*: si la apariencia es adecuada o no para el género, la edad y la condición social. Si el porte es concordante o no. Si la actitud es adecuada o no, colaboradora o no y, en este caso, si es

sumisa, desafiante, arrogante, agresiva, pasiva, suspicaz, desconfiada, etc.

- *Conciencia*: si el paciente está lúcido, alerta pero no lúcido, somnoliento, confuso, estuporoso, etc. Si tiene adecuada conciencia y aceptación de su *Yo corporal*, de su *funcionamiento psicológico global* y de su *relación con el entorno*, observados a lo largo de toda la entrevista y confrontados con lo aportado como situaciones por fuera del contexto de la entrevista, por ejemplo, en la casa, en los momentos de crisis, etc.
- *Orientación durante la entrevista y por fuera de ella*: si se ubica bien en el tiempo, se desorienta fácilmente, reconoce ubicación en el espacio, etc. Evitar preguntas obvias cuando la observación directa del paciente indica adecuación en la orientación global a tiempo, espacio y persona.
- *Atención*: la observación directa durante la entrevista permite identificar si se muestra atento en el contexto de la entrevista o no, si le cuesta *esfuerzo permanecer* atento durante la misma, si se distrae fácilmente o no, si pierde el hilo conductor o no, si pierde la capacidad de dirigir la atención a voluntad, etc. Si las fallas son aparentes, entonces se recurre a evaluación complementaria a la de la simple observación directa.
- *Memoria*: se parte de las quejas del paciente o del informante. Se observa durante la entrevista y se confronta con lo de fuera de la entrevista. Se exploran interferencias de los olvidos en la vida cotidiana y su impacto en la funcionalidad básica.
- Si hay evidencias de fallas de memoria se recurre a las pruebas habituales en consulta: recordar en distintos momentos de la entrevista series de palabras, números, episodios, etc. Si la falla es evidente, se procede a realizar pruebas psicométricas que precisen la alteración. Si no hay evidencia de alteración ni quejas de fallas a este nivel, y lo aportado es concordante con lo observado durante la entrevista, hay que valorar la pertinencia de hacer preguntas que puedan parecer superfluas para los fines de la entrevista y hagan sentir incómodo al paciente que no tiene tal tipo de alteraciones.
Evitar hacer preguntas obvias.
- *Lenguaje y comunicación*: se determina si el lenguaje cumple satisfactoriamente su función comunicativa o no, si los trastornos detectados son de origen orgánico o no, y en este caso si son alteraciones propias del lenguaje o son el resultado de psicopatología de otras esferas,

por ejemplo de pensamiento, de afecto, de conciencia, etc. Si el curso exhibido dificulta o impide la comprensión de lo comunicado o no.

Si el paciente no habla se evalúa con detalle si lo hace porque no quiere, no habla porque no puede, quiere hablar y no puede, quiere hablar y cree que no puede, etc.

Se examina el lenguaje escrito para valorar la continuidad gráfica de los trazos; en el dibujo, los simbolismos gráficos, etc.

- *Pensamiento*: se valora si lo expresado como parte del cuadro clínico y lo detectado a lo largo de la entrevista permiten concluir que el pensamiento es globalmente lógico o es patológico.

Si el pensamiento expresa ideas lógicas o a pesar de ser formalmente lógico expresa ideas ilógicas.

Si lo expresado es evidencia de desadaptación, o desadapta o contradice el principio de realidad, o el juicio de realidad.

Si el curso del pensamiento dificulta o impide la comprensión de lo que se transmite.

Si la forma del pensamiento es comprensible o no.

Si el origen, contenido, curso o la forma del pensamiento expresan, reflejan o dificultan desadaptación al medio.

Si es posible, se cuantifica el tiempo que ocupan las ideas patológicas y el perjuicio que acarrearán.

- *Sensopercepción*: es una de las funciones más difíciles de evaluar, a menos de que el paciente presente activamente durante la entrevista el trastorno sensoperceptivo.

En caso contrario, se deben dirigir preguntas concretas y específicas basadas en la observación de la conducta, en lo expresado en otros momentos de la entrevista, en la observación de las actitudes de escucha o de desconfianza o de expresiones del pensamiento:

En tal caso, hacer preguntas directas pertinentes con lo observado:

¿Oye la voz de personas muertas o que no están presentes?

¿Ha tenido visiones o apariciones?

¿Nota sabores raros, olores extraños, sin motivo, o sin que existan en la realidad?

¿Siente que alguna parte del cuerpo es movida contra su voluntad?

¿Siente extrañeza frente a cosas habituales? ⁷

7. Una guía útil en Th. Detre y H. Jarecki, *Terapéutica psiquiátrica* (Barcelona: Salvat, 1976), véase "Modalidad cognitiva esquizofreniforme".

Ante todo, evitar preguntas dirigidas, sesgadas o ambiguas. Deben hacerse siempre las confrontaciones pertinentes antes de calificar la patología del hallazgo.

- *Afecto*: la exploración parte de lo manifestado por el paciente y el informante, y se confronta detalladamente con la observación directa obtenida durante la entrevista, con las situaciones expuestas como experiencias emocionalmente perturbadoras y con las manifestadas en la vida cotidiana.

Se valora la existencia objetiva o subjetiva de carencias emocionales tempranas y de la falta de estimulación adecuada, la calidad y justificación de los castigos en la infancia, la calidad de las figuras de identificación afectiva.

Se evalúa si las reacciones emocionales habituales son causadas por estímulos objetivos o no, si son proporcionadas o no al estímulo y si pueden o no ser controladas por la voluntad.

Se identifica si hay fragilidad en los controles conscientes del Yo y si esta impide o dificulta la actividad vigil o si son o no un rasgo de la personalidad.

- *Inteligencia y funciones cognitivas de simbolización, cálculo y abstracción*: se valora si aparenta o no tener una inteligencia promedio normal para la edad y la escolaridad.

Si se le dificulta aprender o entender.

Si hay historia de fracasos de aprendizaje, a pesar de los esfuerzos adecuados realizados.

Si estos le han impedido la adaptación o el progreso normales.

Si a causa de su deficiencia es víctima de agresión en la vida cotidiana, por quién y en qué forma y cómo se han manejado las privaciones sensoriales y afectivas⁸.

Si lo ya adquirido se empieza a perder.

- *Capacidad de esfuerzo*: se valoran esfuerzos asertivos dirigidos a la obtención de metas realistas.
- *Introspección, prospección e "insight"*: se valora si hay facilidad o no de conocer y reconocer como propias actividades conscientes del Yo e inconscientes propias.

8. C. Barat et al., *L'Enfant Déficient Mental Polyhandicapé* (Paris: E.S.F. ed., 1996).

Si con el señalamiento o la confrontación pertinentes hace o no un adecuado juicio crítico de realidad.

Si proyecta planes a futuro en forma concordante con su realidad y sus posibilidades.

Si su prospección es inadecuada por fantasía o por psicopatología.

- *Conducta habitual y conducta social*: se valora si la conducta es espontánea o no.

Si se ajusta o no a lo que los demás le exigen o esperan de él.

Si entra en colisión frecuente con los demás o no.

Si habitualmente recibe reproche, rechazo o elogio con lo que hace o deja de hacer, y en este caso cuál suele ser su respuesta.

Si la pauta de conducta transgrede habitualmente normas de comportamiento social, de ética personal o grupal.

Si tiene y mantiene una adecuada red de apoyo social o no.

Si es respetado, querido, temido o rechazado por la mayor parte de las personas que lo conocen o conviven con él.

Si es o no responsable en su actividad escolar, laboral y social.

Si sus respuestas conductuales son inadecuadas, cómo las critica y si de esa autocrítica obtiene modificaciones asertivas o no, y a qué costo emocional: vivencias de culpa, vergüenza, resentimiento.

Si ha sido víctima de violencia psíquica, de carencias (forma camuflada de violencia), de accidentes por negligencia, de maltrato físico, en qué forma, por quién y en qué circunstancias⁹.

- *Hábitos de vida cotidiana*: se confronta la queja de los que conviven con él con su propia visión de la situación y se procede a examinar:
 - Los patrones de alimentación habitual y sus ritmos, sus creencias al respecto, el impacto sobre su propia imagen corporal y la forma como piensa que los demás la perciben.
 - Los patrones de sueño y vigilia, teniendo el cuidado de explorar con detalle los hábitos para dormir: horarios, rituales, etc. Se identifica la presencia de hábitos antihigiénicos para dormir, como el consumo de estimulantes, tipo cafeína.
 - Los patrones habituales de la sexualidad y el ejercicio de lo sexual, y si es o no gratificante para él y para su pareja.

9. M. Rouger, *L'Enfant Violent* (París: Bayard Ed., 1994).

Si no lo es, se explora identificando si el manejo es patológico y en este caso si es de manejo neurótico, psicótico o psicopático.

Si es resultante de conflictos emocionales no resueltos.

Si existía una sexualidad previa sana.

Si la pauta habitual de comportamiento sexual deriva en maltrato físico o emocional para él o la pareja.

- *Personalidad de base*: se explora si esta es vivida en forma egosintónica o egodistónica.

Si le permite una adecuada realización personal o no.

Si es satisfactoria o no la consecución de metas y logros.

Si la vivencia como generadora habitual de felicidad o infelicidad.

Si le permite o no gratificación habitual en su vida cotidiana.

Si ejerce actos de voluntad.

Si realiza esfuerzos adecuados y asertivos en la consecución de metas.

- *Reacciones frente a la enfermedad y la muerte*: se describe lo pertinente frente a la situación existencial actual.

Frente al saber o no saber que se está enfermo.

Frente a la gravedad de la dolencia.

Frente al pronóstico.

La actitud frente al tratamiento.

12. *Impresión diagnóstica.*

13. *Diagnósticos diferenciales.*

14. *Plan de tratamiento y conducta terapéutica.*

15. *Solicitud de exámenes paraclínicos.*

16. *Resultados.*

17. *Evolución.*

La comprensión del hecho psicopatológico implica la “visualización” del funcionamiento normal o patológico no solo del psiquismo, sino también, en forma integral, del funcionamiento cerebral que le sirve de soporte. Así, por ejemplo, en un paciente que:

- No puede iniciar actividades.
- O si una vez las empieza, no las puede terminar.
- O no puede hacer un plan definido.
- Parece que el comportamiento queda a merced de distracciones accidentales tanto externas como internas.

- O que no puede cambiar de una actividad o de una idea a la siguiente.
- Parece como si la mente se atascara.
- O si el comportamiento se desintegrara.
- O si carece de conciencia del deterioro.

Si cualquiera de las anteriores situaciones sucediera, hay que sospechar e investigar un compromiso cerebral, y principalmente hay que descartar la presencia de lesiones que comprometan a los lóbulos frontales¹⁰.

De una forma equivalente hay que tener en cuenta que cualquier valoración del paciente debe ser contextualizada en una forma precisa, eludiendo anular o minimizar el papel de lo colectivo y de la cultura como matriz de la conducta, pues entendemos que lo *social* y lo *cultural* son también la esencia misma de lo *humano*¹¹.

10. E. Goldberg, *El cerebro ejecutivo: Lóbulos frontales y mente civilizada* (Barcelona: Editorial Crítica, 2002).

11. C. Escudero, "Acerca de la conducta humana y de los fundamentos sociales y culturales", en *Psiquiatría clínica: Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos*. C. Gómez et al. (Bogotá: Editorial Médica Internacional Ltda., 2008).

Apéndice I

Mecanismos de defensa

COMPENSACIÓN: mecanismo de defensa por medio del cual el Yo desarrolla cualidades opuestas tendientes a disminuir deficiencias intolerables para el Yo.

CONDENSACIÓN: mecanismo de defensa por medio del cual el Yo concentra varias situaciones de conflicto emocional y las representa en una sola.

CONVERSIÓN: mecanismo de defensa por medio del cual el Yo altera o paraliza una función somática para expresar o resolver conflictos emocionales inconscientes.

DESPLAZAMIENTO: mecanismo de defensa por medio del cual el Yo traslada aquellas situaciones internas intolerables para él, a otras situaciones distintas simbólicamente escogidas por ser más tolerables.

DISOCIACIÓN: mecanismo de defensa por medio del cual el Yo muestra escisiones de la personalidad que no se vivencian como relacionadas entre sí y que se alternan durante periodos breves (en otro sentido, ver *disociación ideo afectiva*).

EVITACIÓN: mecanismo de defensa por medio del cual el Yo evita la representación mental de lo reprimido, generalmente proyectándolo para que al ser concretado en el No Yo, pueda simbólicamente eludirlo con mayor facilidad.

FIJACIÓN: mecanismo de defensa por medio del cual el Yo intenta permanecer estacionario en alguna etapa del desarrollo de la personalidad en la que obtuvo mayor gratificación o en la que la exigencia de la realidad era menor. De hecho, impide lograr formas más elaboradas de desarrollo adaptativo.

- FORMACIÓN REACTIVA*: mecanismo de defensa por medio del cual el Yo desarrolla rasgos de carácter y formas de ser y actuar totalmente opuestos a aquellos que son inaceptables para el Yo. Son directamente opuestos a lo reprimido.
- IDEALIZACIÓN*: mecanismo de defensa por medio del cual el Yo enaltece y sobrevalora objetos y situaciones sobre los cuales inconscientemente vivencia la imposibilidad emocional de aceptar y manejar en la realidad.
- IDENTIFICACIÓN*: mecanismo de defensa por medio del cual el Yo hace propios rasgos y características ajenas que son vividos como más positivos que los propios, a través de la introyección y la internalización.
- INTROYECCIÓN O INTERNALIZACIÓN*: mecanismo de defensa por el cual el Yo asume como propias las características externas o ajenas vividas como más positivas que las que él posee.
- NEGACIÓN*: mecanismo de defensa por medio del cual el Yo intenta anular la percepción de eventos dolorosos. Esta fase es inevitable en el proceso de confrontación de cualquier pérdida.
- PROYECCIÓN*: mecanismo de defensa por medio del cual el Yo externaliza las características propias inaceptables para él intentando ubicarlas afuera, en el No Yo.
- RACIONALIZACIÓN*: mecanismo de defensa por medio del cual el Yo intenta, mediante la razón, justificar los impulsos, sentimientos o ideas intolerables para el Yo, haciendo que la explicación intelectual disfrace lo rechazado, para hacerlo más tolerable.
- REGRESIÓN*: mecanismo de defensa por medio del cual el Yo retorna simbólicamente a etapas anteriores del desarrollo de la personalidad de menor exigencia adaptativa.
- REPRESIÓN*: mecanismo básico de defensa por medio del cual los impulsos, ideas o tendencias inaceptables para el Yo son expulsados del campo de conciencia. Aunque su acceso a la misma se ve bloqueado, no significa que lo expulsado desaparezca, sino que a nivel inconsciente conserva su fuerza dinámica, intentando continuamente emerger nuevamente a la conciencia.
- SIMBOLIZACIÓN*: mecanismo de defensa por medio del cual el Yo representa lo reprimido en otras situaciones menos intolerables para él.
- SUBLIMACIÓN*: mecanismo de defensa por medio del cual el Yo canaliza lo reprimido hacia fines individual y socialmente aceptables.

Apéndice II

Relación médico-paciente

Aun cuando en apariencia es simple, la *relación médico-paciente* es compleja, variada y tan importante que se centra, más que en la enfermedad, en el enfermo. En ella intervienen elementos conscientes y aspectos inconscientes.

Freud¹ conceptualizó fenómenos psicológicos cuyos elementos dinámicos inconscientes están siempre presentes, aunque no siempre sean evidentes; adecuadamente extrapolados establecen criterios básicos para entender en su profundidad la dinámica inconsciente. Esta dinámica de elementos conscientes e inconscientes siempre se da en cualquier relación humana. También están presentes en la relación médico-paciente. El conocimiento de estos aspectos permite entender y manejar mejor esta privilegiada relación², en donde siempre están comprometidas tanto la parte emocional del médico como la del sujeto enfermo.

La relación médico-paciente se da entre dos seres humanos que en cuanto tales son iguales, pero es en sí misma asimétrica, en la medida en que uno de ellos, el paciente, sufre, tiene angustia, está enfermo y por ello es más débil y vulnerable; por su parte el médico, está en una posición de saber, de conocimiento y habilidades, con posibilidad de brindar algún tipo de ayuda.

Ambos, médico y paciente, tienen sus propias ansiedades y expectativas. El médico, sobre quién es el paciente sometido a su cuidado, sobre si logrará prestarle efectiva ayuda, si lo aliviará, si le serán reconocidos sus esfuerzos, etc. El paciente, además de las propias de la enfermedad que lo aqueja y de la confrontación

1. S. Freud, *Obras completas* (Madrid: Biblioteca Nueva, 1973).

2. H. S. Sullivan, *La entrevista psiquiátrica* (Buenos Aires: Psique, 1977).

sobre las repercusiones de la pérdida de su salud sobre su vida cotidiana, tiene expectativas sobre quién será y cómo será ese médico que lo va a atender, si lo curará y sobre muchas otras cosas que se magnifican cuando se está enfermo. Muchas de esas ansiedades y expectativas son conscientes, pero también hay otras que son inconscientes y que influirán de manera significativa en la relación entre ambos, y con el tratamiento.

El médico debe estar entonces atento para identificar y en lo posible hacer conscientes para él todos esos elementos que influyen y ponen en juego su habilidad en el arte de curar, que son fundamentales para el establecimiento de una adecuada relación médico-paciente.

La *situación terapéutica* se instala entonces como el momento privilegiado que se da en el contexto de la relación médico-paciente, y obliga al médico a adoptar una postura psicoterapéutica, que se asume cuando él cobra conciencia de que el mejor medicamento que puede administrar, es su propia persona³.

3. M. Balint, *Técnicas psicoterapéuticas en medicina* (México: Siglo XXI, 1966).

Apéndice III

La entrevista médica

La *entrevista médica*, es el escenario en el que se desarrolla la relación médico-paciente¹, y es a la vez el instrumento privilegiado de esta relación, por medio del cual se van a obtener todos aquellos datos relevantes que permitan la comprensión de lo que le ocurre a ese otro ser humano que sufre, esté o no realmente enfermo.

La entrevista médica difiere de todos los demás tipos de entrevista, como las que pudieran darse entre otro profesional y un cliente, entre dos personas corrientes, entre un jefe y un subalterno, entre una autoridad y un acusado, entre un empleador y quien busca empleo, etc.

El contenido y la estructura son distintos a los manejados en cualquier otro tipo de entrevista y por ello se requiere de entrenamiento específico y de pericia, pues no en balde se supone y espera que el médico sea un experto en relaciones interpersonales.

La entrevista médica plantea una situación de interacción en esencia verbal entre dos personas en contacto directo, con un objetivo previamente definido, que implica obtención de información relevante y útil para lograr no solo un diagnóstico, sino sobre todo una comprensión de una situación existencial importante: la vida por el paciente.

El contexto específico de la entrevista médica es el de la *consulta médica* que exige el cumplimiento de ciertos requisitos por parte del médico, tales como un manejo ético de la información suministrada, lo que comúnmente se llama secreto o *sigilo profesional*, el respeto al paciente, y en general la observancia

1. P. Laín-Entralgo, *Historia Universal de la Medicina* (Barcelona: Salvat, 1975).

estricta del juramento hipocrático. Por eso, se espera que el médico tenga conocimientos y experiencia sobre técnicas de entrevista², capacidad de analizar y decidir; capacidad de manejar asertivamente las vicisitudes propias de las relaciones interpersonales en el contexto no solo de la salud, sino también del sufrimiento y la enfermedad; que tenga la capacidad de escucha y de intervención oportuna sin prejuicios que perturben la relación; capacidad de captar no solo el contenido manifiesto, sino también lo preverbal, lo no evidente en apariencia, y lo manifiestamente inconsciente; capacidad de discriminar hechos, realidades individuales, opiniones, sentimientos, fantasías y expectativas.

El médico debe ser capaz también de identificar y manejar intentos o situaciones que pueden perturbar la relación, tales como seducción, manipulación, agresión, o cualquier circunstancia que influya consciente o inconscientemente en el logro del *objetivo de comprensión* de la situación vital del paciente.

Hay que recordar que la entrevista médica no es un escenario de rivalidades intelectuales, y que incluso el silencio del paciente es una forma particular de comunicación, y no es de hecho, una ausencia de la misma; por tanto también tiene significado útil, tanto como lo tienen los síntomas del paciente.

Los *síntomas* no son solo una señal de alarma de que algo no funciona correctamente, sino que también tienen un valor positivo, en la medida en que la ausencia de síntomas en una enfermedad implica una mayor gravedad de la misma. En este caso, la salud no es solo el silencio de los órganos. Eliminar síntomas sin buscar la causa de ellos es un error grave en la práctica médica; no debemos olvidar que la salud es un estado transitorio cuya pérdida no presagia nada bueno.

Hay muchos modelos de entrevista que básicamente deben ser seleccionados según la utilidad que presten en la relación médico-paciente y se ajusten a las necesidades y habilidades específicas del médico.

La *actitud terapéutica* –que debe estar presente en todo acto médico– de interés y comprensión de lo que le ocurre al paciente, facilitará y fomentará la relación médico-paciente solo si tiene en cuenta y maneja adecuadamente los elementos conscientes e inconscientes siempre presentes en todo tipo de relación humana, pero más sensibles ahora que alguien sufre, está enfermo y buscando ayuda.

2. R. MacKinnon y R. Michels, *Psiquiatría clínica aplicada* (México: Nueva Editorial Interamericana, 1973).

La *actitud antiterapéutica* de desinterés, de burla, de despreocupación o de otros elementos similares frente a lo que acontece al paciente, perturbarán la relación, y a la larga esterilizarán cualquier esfuerzo terapéutico.

Muchos pacientes buscan al médico más que por sus sofisticados conocimientos científicos, por su actitud terapéutica de comprensión y deseo de ayuda.

Una modalidad muy específica de entrevista médica y de forma de tratamiento que privilegia la actitud terapéutica, es la *psicoterapia*.

La psicoterapia es una profesión única, por cuanto el psicoterapeuta no dispone de más instrumento de trabajo que de sí mismo. Podrá usar un magnífico consultorio, tender al paciente en un diván, hablar de teorías e intercambiar ideas y consejos con sus colegas, pero, una vez solo con el paciente, no tiene más que su voz, sus gestos y sus ideas. Por mucho que se hable de técnica, la psicoterapia seguirá siendo un arte.

La comprensión del hecho psicopatológico implica la visualización del funcionamiento normal o patológico del psiquismo, en forma integral.

Apéndice IV

La enfermedad y la muerte

Renunciar a saber que voy a morir:
por nada del mundo lo desearé mientras viva,
pero espero la muerte
para poder olvidar ese saber.

Ciorán

La propia enfermedad implica una gran movilización afectiva que suele conducir a regresiones, no solo emocionales y del pensamiento sino también comportamentales.

En la búsqueda de causalidad, y a falta de otros recursos más racionalizados, habitualmente el psiquismo recurre al pensamiento mágico. En él se mimetizan elementos de culpa, de reproche y otros proyectivos que el clínico entiende como una forma de enfrentamiento con la realidad o como evasión de la misma. Sea como fuere, lo cierto es que el conjunto de todos estos psicodinamismos ayudan en unos casos a facilitar el proceso de recuperación de la salud y en otros a agravar la enfermedad o a acortar el encuentro con la muerte. Si a ello se adicionan factores como el de la hospitalización, intervenciones que el paciente no comprende bien, actitudes hostiles o de indiferencia de quienes las practican, o cualquiera de tantas yatrogenizaciones, es fácil entender que se sienta aún más desvalido y más impotente, con el resultado que no es infrecuente, de que no solo no colabore con el proceso diagnóstico, sino que rechace activamente ciertas o todas las formas de tratamiento.

En tales estados el funcionamiento psicológico se ve afectado. Por eso, quien en tales condiciones lo evalúa debe entender y discriminar cuándo en

forma reactiva está alterada una función y cuándo lo está en forma primaria; cuándo es producto de una contaminación por las circunstancias, y cuándo es un funcionamiento basal. En el primer caso, puede tratarse de una reacción dolorosa pero sana del psiquismo; en el segundo, de verdadera psicopatología. De tal discriminación pueden depender los manejos inmediatos o ulteriores que se hagan con el paciente y su resultado final.

Por ello, es muy útil una información clara que permita disminuir al paciente la carga de sus propias incertidumbres. En este sentido, hay que resaltar que la evaluación del paciente y la información que se le da sobre la misma, influye en la evolución de la enfermedad, en cuanto determina actitudes activas o pasivas de colaboración u obstruccionismo. Esto es válido no solo en la enfermedad mental sino en cualquier enfermedad del organismo, pero se exalta cuando de por medio hay posibilidad de deficiencias, de minusvalías e incluso de muerte. Si bien es cierto que el enfrentamiento de tales situaciones depende en gran parte de la personalidad premórbida del paciente, también lo es que las actitudes adoptadas por quienes intervienen en el acto médico influyen de manera significativa. Tal es el sentido de la necesidad de tener siempre una actitud terapéutica en los procesos evaluativos de cualquier enfermo.

Apéndice V

Glosario básico*

ABULIA: *Personalidad*; pérdida de la voluntad.

ACTING OUT: *Personalidad*; actuación impulsiva en la que no media la razón.

AFASIA: *Lenguaje*; conjunto de problemas del lenguaje secundarios a daño cerebral principalmente cortical izquierdo.

AFASIA MOTORA: *Lenguaje*; pérdida del componente motor de la palabra. Son falsos mudos.

AFASIA SENSORIAL: *Lenguaje*; incapacidad de repetir lo que se oye; no entienden lo que se les dice.

AFECTIVIDAD: *Afecto*; conjunto de los afectos.

AFECTIVIDAD CATATÍMICA: *Afecto*; afectividad reactiva.

AFECTIVIDAD HOLOTÍMICA: *Afecto*; de base: la característica de la personalidad.

AGITACIÓN MOTORA: *Motricidad*; estado de inadaptación grave a base de excitación psicomotriz generalmente debida a estados ansiosos, confusionales, deficitarios, psicopáticos, maníacos, esquizofrénicos, epilépticos, histéricos o por intoxicación aguda.

AGRAFIA: *Lenguaje*; alteración grave de la escritura independiente de lesión motriz.

AGRAMATISMO: *Lenguaje*; pérdida de la capacidad de construir correctamente frases.

AGRESIVIDAD: tendencia a ejercer violencia frente a otro.

* El *texto en cursiva* corresponde al capítulo en el que mejor desarrollado está el tema.

ALEGRÍA PATOLÓGICA: *Afecto*; sin causa aparente o desproporcionada al estímulo o duración exagerada.

ALEXIA: *Lenguaje*; forma de agnosia visual con pérdida de la capacidad de leer, con conservación de la inteligencia y la capacidad visual.

ALEXITIMIA: *Afecto*; incapacidad de expresar y externalizar sentimientos y emociones.

ALOPSÍQUICA: *Orientación*; incapacidad de orientarse en las coordenadas de tiempo y espacio.

ALUCINACIÓN: *Sensopercepción*; percepción sin objeto + inmodificable + sin crítica + proyección externa.

ALUCINOSIS: *Sensopercepción*; alucinación pero con crítica de anomalía.

AMBIVALENCIA: *Afecto*; presencia simultánea y contradictoria de afectos opuestos al mismo objeto.

AMNESIA: *Memoria*; pérdida de la función.

AMOTIVACIONAL (SÍNDROME): *Afecto*; pérdida de motivaciones.

ANALISMO: *Sexualidad*; obtención exclusiva del placer sexual por el contacto y penetración por el ano.

ANGUSTIA PATOLÓGICA: *Afecto*; temor indefinido a algo futuro con manifestaciones organoviscerales.

ANHEDONIA: *Afecto*; pérdida progresiva de intereses y motivaciones habituales.

ANOREXIA: *Alimentación*; trastorno de la conducta alimentaria por rechazo de alimentos.

ANOREXIA MENTAL: *Alimentación*; adicional: rechazo alimentario como respuesta a conflictos emocionales + amenorrea + dificultades en la percepción de la propia imagen corporal.

ANORGASMIA: *Sexualidad*; incapacidad de obtener orgasmo.

ANOSOGNOSIA: *Conciencia*; negación de enfermedad o de parte de capacidades sensoriales o motoras.

ANSIEDAD GENERALIZADA: *Afecto*; adicional: la ansiedad y la preocupación son imposibles de controlar.

ANSIEDAD: *Afecto*; temor indefinido a algo presente, con aceleración vital.

APROSEXIA: *Atención*; ausencia de la función.

ASOCIACIÓN POR CONSONANCIA: *Pensamiento*; asociación de ideas por sonidos.

ASOMATOGNOSIA: *Conciencia*; vivencia de inexistencia de partes del cuerpo.

AUTOPSÍQUICA: *Orientación*; dificultad o incapacidad para saber quién es uno mismo.

BLOQUEO: *Pensamiento*; incapacidad de continuar la producción ideativa.

- BRADIPALIA: *Lenguaje*; hablar en forma muy lenta y pausada. Ver: mutismo.
- BRADIPSQUIA: *Pensamiento*; enlentecimiento del pensamiento con disminución de la iniciativa.
- BRUXISMO: *Alimentación*; rechinar de dientes.
- BULIMIA: *Alimentación*; deseo incoercible de comer + vómitos provocados para continuar la ingesta.
- CAPGRAS (SÍNDROME DE): *Memoria*; vivencia de una persona conocida de un modo doble: unas veces ella misma y otras, su doble, sin extrañeza sino con desconocimiento.
- CATALEPSIA: *Motricidad*; rigidez muscular particular “plástica” generalmente de causa orgánica.
- CATAPLEXIA: *Sueño*; pérdida súbita del tono muscular durante el sueño.
- CATATONÍA: *Motricidad*; pérdida de la espontaneidad e iniciativa motriz + inercia + negativismo.
- COMA: *Conciencia*; hipovigilancia: pérdida de conciencia + ausencia de reflejos + EEG isoelectrico.
- CONFUSIONAL (SÍNDROME): *Conciencia*; hipovigilancia: desorientación + incoherencia + alteración psicomotriz.
- CONFUSO ONÍRICO (SÍNDROME): *Conciencia*; hipovigilancia: onirismo: percepción de la realidad como un sueño.
- CONVULSIÓN: *Motricidad*; contracciones violentas de músculos voluntarios.
- COPROFAGIA: *Alimentación*; ingesta de heces.
- COPROFILIA: *Sexualidad*; erotización exagerada de la zona cloacal con interés sexual por las materias fecales.
- COPROLALIA: *Lenguaje*; emisión reiterativa de obscenidades.
- CUNNILINGUAE: *Sexualidad*; oralismo sobre genitales femeninos.
- DEJÀ VU: *Memoria*; impresión equivocada, intensa e instantánea de haber visto o percibido en el pasado con la misma tonalidad afectiva, lo presente.
- DELIRIO CRÓNICO DE REIVINDICACIÓN: *Pensamiento*; ver: querulante, ideológico, de inventiva.
- DELIRIO CRÓNICO CELOTÍPICO: *Pensamiento*; el contenido dominante: se es víctima del despojo del objeto de amor.
- DELIRIO CRÓNICO DE REIVINDICACIÓN IDEOLÓGICA: *Pensamiento*; apasionamiento idealista.
- DELIRIO CRÓNICO DE REIVINDICACIÓN INVENTIVA: *Pensamiento*; creación de inventos sin utilidad práctica.

- DELIRIO CRÓNICO DE REIVINDICACIÓN QUERULANTE: *Pensamiento*; debates irrelevantes por reivindicaciones irrisorias.
- DELIRIO CRÓNICO EROTOMANIACO: *Pensamiento*; el contenido dominante es que se es objeto de deseo amoroso de alguien importante.
- DELIRIO CRÓNICO PARAFRÉNICO: *Pensamiento*; delirio imaginativo.
- DELIRIO CRÓNICO PARANOICO: *Pensamiento*; crónico, de un solo segmento del funcionamiento psíquico sin desestructurar la personalidad. Ver: parafrénico, erotomaniaco, celotípico, de reivindicación.
- DELIRIUM: *Conciencia*; hay causa orgánica demostrable y va precedida de síndrome confusional.
- DEMENCIA: *Inteligencia*; adicional: irreversible y global + alteraciones de afecto + de voluntad + de conducta social + de realidad.
- DEPRESIÓN: *Afecto*; modificación profunda del estado de ánimo con sensación de tristeza, dolor moral, y enlentecimiento psicomotor.
- DEPRESIÓN ENDÓGENA: *Afecto*; adicional: causa de carácter constitucional o hereditario. El dolor moral es particularmente intenso con frecuentes ideas o impulsos suicidas, acompañada frecuentemente de ansiedad y severos trastornos del sueño y el apetito.
- DEPRESIÓN REACTIVA: *Afecto*; adicional: hay causa identificable.
- DEPRESIÓN SECUNDARIA: *Afecto*; sintomática de afecciones somáticas diversas.
- DESPERSONALIZACIÓN: *Conciencia*; pérdida del sentimiento de la propia realidad o sentir el propio cuerpo como irreal.
- DESREALIZACIÓN: *Conciencia*; extrañeza ante el entorno conocido.
- DETERIORO MENTAL: *Inteligencia*; pérdida de funciones cognitivas ya alcanzadas.
- DEUTEROSCOPIA: *Conciencia*; variante de heautoscopia: la imagen proyectada aparece con distorsiones.
- DIPSOMANÍA: *Alimentación*; deseo incoercible de beber alcohol.
- DISARTRIA: *Lenguaje*; déficit de la articulación verbal.
- DISCONTROL de impulsos: *Personalidad*; dificultad para control yoico.
- DISFASIA: *Lenguaje*; alteración y retardo del lenguaje.
- DISFEMIA: *Lenguaje*; trastorno del ritmo del lenguaje. Ver: espasmofemia, farfulleo, logoclonia.
- DISGRAFIA: *Lenguaje*; alteración de la función gráfica escritural.
- DISGREGACIÓN: *Pensamiento*; ideas aisladas lógicas pero sin hilación lógica entre ellas.
- DISLEXIA: *Lenguaje*; problemas de lectura secundarios a lesión cerebral.

DISMORFOFOBIA: *Conciencia*; dificultad para aceptar objetivamente la imagen corporal con preocupación exagerada por una falsa deformidad de una parte o la totalidad del propio cuerpo.

DISOCIACIÓN IDEOAFECTIVA: *Afecto*; ruptura de la unidad psíquica que produce ideas sin su correspondiente afecto concordante.

DISPAREUNIA: *Sexualidad*; dolor vaginal provocado por la relación sexual.

DISPROSEXIA: *Atención*; dificultad de mantener atención voluntaria.

DISTIMIA: *Afecto*; estado crónico de humor cambiante e irritabilidad de clara tendencia depresiva pero distinto de la depresión.

DOBLE DE SÍ MISMO: *Memoria*; vivencia de una persona desconocida que es idéntica a uno mismo y que lo sustituye.

ECOLALIA: *Lenguaje*; repetición automática de lo que se acaba de oír.

ECOMIMIA: *Lenguaje*; repetición automática de los gestos observados en otro.

ECOPRAXIA: *Motricidad*; repetición automática de los movimientos del interlocutor.

EMOCIÓN: *Afecto*; estado afectivo agudo, brusco, intenso y pasajero con manifestaciones fisiológicas.

ENURESIS: Incontinencia de esfínter vesical durante el sueño.

ESPANTO: *Afecto*; lo amenazador irrumpe repentinamente.

ESPASMOFEMIA: *Lenguaje*; tartamudez.

ESTADO CREPUSCULAR: *Conciencia*; hipovigilancia; estado confusional parcial con conductas automáticas y amnesia total ulterior.

ESTEREOTIPIA: *Motricidad*; exageración y repetición de movimientos simples.

ESTUPOR: *Conciencia*; hipovigilancia; inhibición motora + respuesta solo a estímulo doloroso + ondas delta en el EEG.

EUFORIA: *Afecto*; estado de satisfacción o bienestar sin motivo aparente en estados demenciales, parálisis general progresiva, tumores frontales, manía, excitación maniaca o esquizofrenia.

EXHIBICIONISMO: *Sexualidad*; exposición a la vista, en público, de los órganos genitales.

EYACULACIÓN PRECOZ: *Sexualidad*; eyaculación antes de la penetración, durante la misma o pocos segundos después.

FABULACIÓN: *Memoria*; fantasía que se toma como recuerdo auténtico para rellenar una amnesia lacunar.

FARFULLEO: *Lenguaje*; hablar de prisa comiéndose las palabras.

FELLATIO: *Sexualidad*; oralismo sobre el pene.

FETICHISMO: *Sexualidad*; elección erótica exclusiva por vestimentas del sexo opuesto.

FLEXIBILIDAD CÉREA: *Motricidad*; flexibilidad muscular en movimientos pasivos y antigravitacionales.

FRIGIDEZ: *Sexualidad*; imposibilidad femenina de obtener placer sexual a través de la relación sexual.

FRONTAL (SÍNDROME): conjunto de trastornos provocados por la lesión de la región prefrontal del cerebro, que se manifiestan principalmente en la conducta.

FROTTEURISMO: *Sexualidad*; obtención exclusiva del placer sexual a través de tocar o frotar a otro sin su consentimiento.

FUGA DE IDEAS: *Pensamiento*; sucesión rápida de ideas y de su expresión verbal, que supera el control yoico.

GERONTOFILIA: *Sexualidad*; elección sexual de ancianos.

GLOSOLALIA: *Lenguaje*; pseudolenguaje incoherente.

HEAUTOSCOPIA: *Conciencia*; visualización de la propia imagen proyectada fuera de sí. Ver: deuteroscopia.

HIPEREXPRESIVIDAD EMOCIONAL: *Afecto*; lo contrario a alexitimia.

HIPERMIMIA: *Lenguaje*; exageración habitual de ademanes.

HIPERMNESIA PRODIGIOSA: *Memoria*; hipermnesia: facilidad de evocación de largas series de números, nombres o fechas.

HIPERMNESIA: *Memoria*; hiperactividad de la capacidad de evocación. Ver: visión panorámica; H prodigiosa.

HIPERPROSEXIA: *Atención*; inundación de estímulos que impiden fijar y mantener la atención.

HIPERSEXUALIDAD: *Sexualidad*; aumento en el número de coitos por falta de gratificación orgásmica adecuada.

HIPERSOMNIA: *Sueño*; exceso de.

HIPERVIGILANCIA (SÍNDROME DE): apertura exagerada del campo de *conciencia*.

HIPNAGÓGICA (VISIÓN): *Sueño*; imagen perceptiva de corta duración, diferente de imagen onírica, en el período predormicial.

HIPNOPÓMPICA (VISIÓN): *Sueño*; adicional: en el período del despertar.

HIPOMANÍA: *Afecto*; forma atenuada premonitoria de excitación maníaca.

HIPOMIMIA: *Lenguaje preverbal empobrecido*.

HIPOMNESIA: *Memoria*; disminución global.

HIPOPROSEXIA: *Atención*; disminución de la capacidad de atención. Ver: aprosexia, pseudoaprosexia.

HIPOVIGILANCIA (SÍNDROME DE): estrechamiento del campo de conciencia. Ver: obnubilación, estupor, coma, síndrome confusional, síndrome confuso onírico, estado crepuscular.

HOMOSEXUALIDAD EGODISTÓNICA: *Sexualidad*; la no aceptada consciente ni satisfactoriamente.

HOSTILIDAD: actitud y gestos amenazantes.

IDEA DELIRANTE PRIMARIA: *Pensamiento*; origen patológico + contenido erróneo inmodificable + sin crítica de realidad + modifica personalidad. Ver: hipocondríaca, de ruina, de culpa, Cotard, megalomaníaca, persecutoria, mística.

IDEA DELIRANTE PRIMARIA DE CULPA: *Pensamiento*; el escenario del delirio es el propio psiquismo.

IDEA DELIRANTE PRIMARIA DE NEGACIÓN DE ÓRGANOS (COTARD, SÍNDROME DE) *Pensamiento*.

IDEA DELIRANTE PRIMARIA DE RUINA: *Pensamiento*; el escenario del delirio es el mundo externo.

IDEA DELIRANTE PRIMARIA HIPOCONDRIACA: *Pensamiento*; el escenario del delirio es el propio cuerpo.

IDEA DELIRANTE PRIMARIA MEGALOMANÍACA: *Pensamiento*; el contenido dominante del delirio es la grandeza y la omnipotencia.

IDEA DELIRANTE PRIMARIA MÍSTICA: *Pensamiento*; el contenido dominante del delirio es que se es el elegido de un poder sobrenatural.

IDEA DELIRANTE PRIMARIA PERSECUTORIA: *Pensamiento*; el contenido dominante del delirio es que se es objeto de persecución.

IDEA DELIRANTE SECUNDARIA: *Pensamiento*; es producto de conmoción psicológica sin alteración previa de la personalidad.

IDEA DELIRANTE: *Pensamiento*; ver: idea delirante primaria, idea delirante secundaria, delirium, delirio crónico.

IDEA FIJA: *Pensamiento*; reiterativa que parasita el pensamiento.

IDEA FÓBICA: *Pensamiento*; asociada a temor irracional que limita alguna parte de la vida cotidiana.

IDEA OBSESIVA: *Pensamiento*; absurda, criticada como tal pero persiste a pesar del intento de anulación.

IDEA SOBREALORADA: *Pensamiento*; exagerada por una alta carga afectiva.

ILUSIÓN: *Percepción*; percepción errónea corregible y criticada.

IMPOTENCIA: *Sexualidad*; fallas en la erección del pene.

IMPULSOS IRRESISTIBLES: *Personalidad*; compulsión, parafilia, manía.

INCOHERENCIA: *Pensamiento*; sucesión de ideas ilógicas e incomprensibles.

INDIFERENCIA AFECTIVA: *Afecto*; pobre resonancia emocional.

INHIBICIÓN MOTORA: *Motricidad*; lo contrario de la agitación motora.

INSIGHT: darse cuenta de algo inconsciente y por tanto, hacerlo consciente.

INSOMNIO DE CONCILIACIÓN: *Sueño*; dificultad para empezar a dormir.

INSOMNIO DE RECONCILIACIÓN: *Sueño*; dificultad para volver a dormir cuando se interrumpe el sueño.

INSOMNIO: *Sueño*; falta de.

INTROSPECCIÓN: observación consciente de la propia reactividad emocional.

IRRITABILIDAD: *Afecto*; egodistonia habitual que predispone a la agresividad.

LABILIDAD AFECTIVA: *Afecto*; humor inestable y cambiante.

LOGOCLONIA: *Lenguaje*; reiteración de una sílaba de la palabra.

LOGORREA: *Lenguaje*; taquialalia: en forma continua. Flujo verbal imparable y desordenado.

MANÍA: *Afecto*; estado de excitación intelectual y psicomotriz y de exaltación del humor patológica.

MANERISMO: *Motricidad*; movimientos parásitos que aumentan la expresividad de la mímica.

MANERISMOS DEL LENGUAJE: *Lenguaje*; equivalente de la estereotipia motora.

MASOQUISMO: *Sexualidad*; perversión sexual donde la satisfacción depende del dolor infringido por otro.

MASTURBACIÓN COMPULSIVA: *Sexualidad*; obtención de placer sexual por manio-
bras manuales o mecánicas de excitación de los órganos genitales.

MENTE EN BLANCO: *Pensamiento*; ausencia total de pensamiento.

MERICISMO: *Alimentación*; regurgitación voluntaria para masticación indefinida.

MIEDO: *Afecto*; temor definido a causa conocida.

MIEMBRO FANTASMA: *Conciencia*; sensación de persistencia de un miembro amputado.

MUSITACIÓN: *Lenguaje*; forma de hablar distintiva sin mover los labios.

MUTISMO: *Lenguaje*; ausencia de discurso sin que esté afectada la capacidad de lenguaje.

MUTISMO POR INHIBICIÓN DE LA FUNCIÓN PSICOLÓGICA: *Lenguaje*.

MUTISMO POR OPOSICIÓN: *Lenguaje*; voluntario.

NARCOLEPSIA: *Sueño*; acceso de sueño incoercible en circunstancias inusuales.

NECROFILIA: *Sexualidad*; elección sexual de cadáveres.

NEOLOGISMO: *Lenguaje*; creación de fonemas o palabras bizarras de significado subjetivo.

NINFOMANÍA: *Sexualidad*; hipersexualidad en la mujer.

OBNUBILACIÓN: *Conciencia*; hipovigilancia: adormecimiento + lentitud psicomotora + alteraciones EEG.

OLIGOFRENIA: *Inteligencia*; adicional: debido a malformaciones o a dismetabolismo cerebral.

OPOSICIÓN NEGATIVISTA: *Motricidad*; voluntaria.

ORALISMO: *Sexualidad*; obtención exclusiva del placer sexual por el contacto oral con los genitales.

PAIDOFILIA: *Sexualidad*; elección de niños o individuos sexualmente inmaduros.

PALILALIA: *Lenguaje*; repetición sistemática de la última palabra de la frase.

PARACINESIA: *Motricidad*; trastorno cualitativo de la motricidad.

PARAMIMIA: *Lenguaje*; gesticulación no concordante con el estado emocional ni con lo que se quiere comunicar.

PARAMNESIA: *Memoria*; error o deformación del recuerdo. Ver: *déjà vu, jamais vu*, doble, Capgras, Sosías.

PARARRESPUESTA: *Pensamiento*; respuestas sin relación con la pregunta.

PASIÓN: *Afecto*; estado afectivo altamente intelectualizado que da origen a ideas sobrevaloradas.

PAVOR: *Afecto*; lo espantoso y lo terrorífico coinciden simultáneamente.

PENSAMIENTO AUTÍSTICO (ORIGEN) *Pensamiento*; repliegue sobre el mundo interno rehusando el contacto con el medio externo.

PENSAMIENTO CONCRETO (ORIGEN): *Pensamiento*; Lo contrario a simbólico.

PERSEVERACIÓN: *Pensamiento*; reiteración de conceptos que impiden la progresión útil.

PESADILLA: *Sueño*; contenidos oníricos desagradables.

PÍCA: *Alimentación*; ingesta de sustancias no comestibles.

POLIDIPSIA: *Alimentación*; deseo incoercible de beber en ausencia de sed. Ver: potomanía, dipsomanía.

POTOMANÍA: *Alimentación*; deseo incoercible de beber agua.

PROSPECCIÓN: capacidad de hacer planes realistas consigo mismo.

PSEUDOALUCINACIÓN: *Percepción*; alucinación pero con proyección dentro del psiquismo.

PSEUDOAPRESEIXIA: *Atención*; aparente falta de atención para estímulos externos por estar concentrado en los internos.

- RASGOS EPILÉPTICOS: *Personalidad*; conjunto de trastornos en los que predominan la impulsividad, la agresividad y la tendencia a la respuesta desproporcionada.
- RASGOS ESQUIZOIDES: *Personalidad*; conjunto de trastornos en los que predominan el aislamiento social y la introversión.
- RASGOS FÓBICOS: *Personalidad*; conjunto de trastornos en los que predominan los temores irracionales que afectan la funcionalidad habitual del sujeto.
- RASGOS HISTRIÓNICOS: *Personalidad*; conjunto de trastornos en los que predominan la hiperexpresividad emocional y la sugestionabilidad.
- RASGOS OBSESIVO-COMPULSIVOS: *Personalidad*; conjunto de trastornos en los que predominan las ideas obsesivas y la actuación compulsiva.
- RASGOS PARANOIDES: *Personalidad*; conjunto de trastornos en los que predominan los patrones de desconfianza y suspicacia.
- RASGOS PSICOPÁTICOS: *Personalidad*; conjunto de trastornos en los que predominan la violación de los derechos de los demás, sin vivencias de culpa y sin intención de modificar los comportamientos anómalos.
- RETARDO MENTAL: *Inteligencia*; insuficiencia en el desarrollo de la inteligencia.
- SADISMO: *Sexualidad*; perversión sexual donde la satisfacción depende del dolor moral o físico ejercido sobre otro.
- SATIRIASIS: *Sexualidad*; hipersexualidad en el hombre.
- SENTIMIENTO: *Afecto*; estado afectivo estable, complejo y duradero con función adaptativa.
- SIGNO DEL ESPEJO: *Conciencia*; vista y percepción de rasgos corporales cambiados o extraños.
- SOLILOQUIO: *Lenguaje*; hablar para uno mismo.
- SOMNILOQUIA: *Sueño*; hablar durante el sueño.
- SONAMBULISMO: *Sueño*; levantarse dormido + automatismo + evitación de obstáculos durante la marcha.
- SOSIAS: (ILUSIÓN DE LOS): *Memoria*; falso reconocimiento de una persona que tiene tanta semejanza con otra que se confunde con ella.
- TAQUILALIA: *Lenguaje*; hablar en forma rápida y atropellada. Ver: logorrea.
- TAQUIPSIQUIA: *Pensamiento*; acortamiento de latencia con aceleramiento de la fluidez del pensamiento.
- TEMBLOR: *Motricidad*; contracciones de músculos agonistas y antagonistas.
- TERROR NOCTURNO: *Sueño*; adicional: signos neurovegetativos al despertar + miedo a volver a dormir.

- TERROR: *Afecto*; la consecuencia de la amenaza tiene el carácter de lo desconocido.
- TIC: *Motricidad*; movimientos espasmódicos de grupos musculares.
- TRANSEXUALISMO: *Sexualidad*; convicción casi delirante de pertenecer al otro sexo con el deseo continuo de obtener por cualquier medio el cambio de sexo.
- TRANSVESTISMO: *Sexualidad*; adopción de los hábitos vestimentarios y sociales del otro sexo para obtener satisfacción sexual.
- TRISTEZA PATOLÓGICA: *Afecto*; sin causa aparente o desproporcionada al estímulo o duración exagerada.
- URETRALISMO: *Sexualidad*; adicional: por la introducción de objetos por la uretra.
- VERBIGERACIÓN: *Lenguaje*; utilización automática de palabras o frases sin sentido.
- VIOLENCIA: utilización de la fuerza bruta para imponerse a otro, generalmente ejerciendo la intimidación o el terror. Puede ser física, emocional o moral.
- VISIÓN PANORÁMICA DE LA EXISTENCIA: *Memoria*; hipermnesia: ante extrema tensión evocar en segundos toda la biografía.
- VOLUNTAD, FUERZA DE: *Personalidad*: Tendencia racional a actuar por propia decisión.
- VOYERISMO: *Sexualidad*; obtención de placer sexual a través observar o espiar el acto sexual de terceros.
- ZOOFILIA: *Sexualidad*; elección sexual de animales.

Bibliografía

Científica

- AJURIAGUERRA, J. de. *Manual de psiquiatría infantil*. Barcelona: Toray-Masson, 1977.
- ALONSO-FERNÁNDEZ, F. *Fundamentos de la psiquiatría actual*. Madrid: Paz Montalvo, 1968.
- _____. “El delirio depresivo paranoide”. En *Psicopatología*, vol. 18 núm. 2: 67-80, abril-junio, 1998. Madrid.
- ALVARADO, J. (ed. académico). *Introducción a la clínica*. Bogotá: CEJA, 2003.
- AMAT, E. “Los delirios: añoranza y actualidad”. En *Psicopatología*, vol. 18, núm. 2: 49-53, abril-junio, 1998. Madrid.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Psychiatric Self-Assessment & Review*. Barcelona, 2000.
- _____. *Abstract on Disk 2000-2001-2002*. Philadelphia, 2002.
- ARANGO, C. “Aspectos moleculares y funcionales de los neurotransmisores, los receptores, los neuromoduladores y las hormonas”. En *Psiquiatría Clínica: Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos*, Gómez, C. et al., 26-33. Bogotá: Editorial Médica Internacional Ltda., 2008.
- ARZY, S. “Self in Time: Imagined Self-Location Influences Neural Activity Related to Mental Time Travel”. In *J. Neurosci*, 28(25): 6502-6507, Jun. 18, 2008.
- AVZARADEL, J. R. “On the Construction of Thinking”. In *Int J Psychoanal*, 92: 833-858, 2011.
- BAIRD, A. A. and FUGELSANG, J. A. “The Emergence of Consequential Thought: Evidence from Neuroscience”. In *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*, 359(1451): 1797-1804, Nov., 2004.

- BALINT, M. *Técnicas psicoterapéuticas en medicina*. México: Siglo XXI, 1966.
- BAR, M. "The Proactive Brain: Memory for Predictions". In *Philos Trans R Soc Lon B Biol Sci*, 364(1521): 1235-1243, May, 2009.
- BARAT, C. et al. *L'Enfant Déficient Mental Polyhandicapé*. París: E.S.F. ed., 1996.
- BEGLEY, S. H. *Train your Mind; Change your Brain*. New York: Random House Inc., 2008.
- BEHRENDT, R. P. "A Neuroanatomical Model of Passivity Phenomena". In *Conscious Cogn*, 13(3):579-609, Sept., 2004.
- BERNAL, B. "Mapeo cerebral con RMF". En *El sistema nervioso. Desde las neuronas hasta el cerebro humano*, Bustamante, E., 127-139. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, 2007.
- BERNARD, P. y TROUVÉ, S. *Semiología psiquiátrica*. Barcelona: Toray-Masson, 1978.
- BERRIOS, G. et al. "Delirio. Los paradigmas del debate teórico en las sociedades científicas". En *Psicopatología*, vol. 18, núm. 2: 54-58, abril-junio, 1998. Madrid.
- _____. "Psicopatología: pasado, presente y futuro". En *Revista Informaciones Psiquiátricas*, 189: 223-238, 2007. Hermanas Hospitalarias del SCJ.
- BIELING, P. et al. "La evolución longitudinal de los pacientes con trastorno bipolar evaluada con un *life-charting* está afectada por síntomas del trastorno de la personalidad del DSM IV". En *Bipolar disorders* (ed. Esp.) 2: 27-35, 2004.
- BLEICHMAR, H. "Making Conscious the Unconscious in Order to Modify Unconscious Processing: Some Mechanisms of Therapeutic Change". In *Int. J. Psychoanal*, 85(Pt 6): 1379-1400, 2004.
- BOTZUNG, A. et al. "Component Neural System for the Creation of Emotional Memories During Free Viewing of a Complex, Real-World Event". In *Front Hum Neurosci*, 4:34, May. 18, 2010.
- BRADSHAW, D. H. et al. *J Pain*, 2011; 12: 1262-1273, citado en *Revista de Neurología*, www.neurologia.com
- BRAINSKY, S. *Manual de psicología y psicopatología dinámicas*. Bogotá: Ed. Pluma, 1984.
- BRAKEL, L. W. "Negative Hallucinations, Other Irretrievable Experiences and Two Functions of Consciousness". In *Int J Psychoanal*, 70(Pt3): 361-379, 1989.
- BROUGHTON, R. "Human Consciousness and Sleep/Waking Rhythms: a Review and Some Neuropsychological Considerations". In *J Clin Neuropsychol*, 4(3): 193-218, Sep., 1982.
- BUSTAMANTE, E. *El sistema nervioso. Desde las neuronas hasta el cerebro humano*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, 2007.
- BYRNE, R. W. "Social Cognition: Imitation, Imitation, Imitation". In *Curr Biol*, 15(13): 498-500, Jul. 12, 2005.

- CAPPONI, R. *Psicopatología y semiología psiquiátricas*. Santiago de Chile: Universitaria, 1987.
- CÁRDENAS, L. A. [Comunicación personal], Bogotá, 2012.
- CARDINAL, R. N. *et al.* "Emotion and Motivation: The Rol of the Amygdala, Ventral Striatum and Prefrontal Cortex". In *Neurosc Biobehav Rev*, 26(3): 321-352, May., 2002.
- CASTILLA DEL PINO, C. *La culpa*. Madrid: Alianza, 1981.
- CERQUELLA, C. *et al.* *Psicopatología*, vol. 18, núm. 2: abril-junio, 1998. Madrid.
- CHEMG, K. *et al.* "Caught in the Web: Sex, Suicide, and Addictions on the Internet". En *American Psychiatric Association. Abstracts on disk*.
- CIORAN, F. M. *De lágrimas y santos*. Barcelona: Tusquets, 1988.
- CLORE, G. L. and HUNTSINGER, J. R. "How Emotions Inform Judgment and Regulate Thought". In *Trends Cogn Sci*, 11(9): 393-399, Sep., 2007.
- CLORE, G. L. and PALMER, J. E. "Affective Guidance of Intelligent Agents: How Emotions Controls Cognition". In *Cogn Syst Res*, 10(1): 21-30, Mar., 2009.
- CONDRAU, G. *Angustia y culpa*. Madrid: Gredos, 1968.
- CORBETTA, M. *et al.* "The Reorienting System of the Human Brain: From Environment to Theory of Mind". In *Neuron*. 58(3): 306-324, May. 8, 2008.
- COSTARELLI, V. *et al.* "Disordered Eating Attitudes in Relation to Body Image and Emotional Intelligence in Young Women". In *J Hum Nutr Diet*, 22(3): 239-245, Jun., 2009.
- CRUZ, H. "Farmacología de la conducta". En *Psicopatología*, vol. 18, núm. 2: abril-junio, 1998. Madrid.
- DELGADO, H. *La personalidad y el carácter*. Lima: Editorial Lumen, 1943.
- DEN Ouden, H. E. *et al.* "Thinking About Intentions". In *Neuroimage*, 28(4): 787-796, Dec., 2005.
- DETRE, Th. y JARECKI, H. *Terapéutica psiquiátrica*. Barcelona: Salvat, 1976.
- DEVINSKY, O. *et al.* "Contributions of Anterior Cingulated Cortex to Behavior". In *Brain*, 118(Pt1): 279-306, Feb., 1995.
- DIEGUEZ, S. *Artist's Afflictions: How Sickness Influences Creativity*. París: Bibliotheque Scientifique, Belin: Pour la science, 2011.
- ELIADE, M. *Historia de las creencias y de las ideas religiosas*. Madrid: Ediciones Cristiandad, 1978.
- ESCUADERO, C. "Acerca de la conducta humana y de los fundamentos sociales y culturales". En *Psiquiatría clínica: Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos*, Gómez, C. *et al.*, 52-57. Bogotá: Editorial Médica Internacional Ltda., 2008.

- ESLAVA, J. "Evaluación clínica de los trastornos del aprendizaje". En *Neuropediatría*, vol. 4, núm. 1, 2006. Bogotá.
- ETKIN, A. *et al.* "Emotional Processing in Anterior Cingulate and Medial Prefrontal Cortex". In *Trends Cogn Sci*, 15(2): 85-93, Feb. 2011.
- EY, H. *La conciencia*. Madrid: Gredos, 1967.
- _____. *Tratado de psiquiatría*. Barcelona: Toray-Masson, 1978.
- FILAIRE, E. *et al.* "Eating Behaviors in Relation to Emotional Intelligence". In *Int J Sports Med*, 32(4): 309-315, Apr., 2011.
- FLAHERTY, A. W. "Frontotemporal and Dopaminergic Control of Idea Generation and Creative Drive". In *J Comp Neurol*, 493(1): 147-153, Dec. 5, 2005.
- FRANGOU, S. and MURRAY, R. M. *Schizophrenia*. London: Martin Dunitz, 1997.
- FREEDMAN, A., Kaplan, H. and Sadock, B. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore: William & Wilkins, 1995.
- FREDRICKSON, B. L. "The Broaden-and-Build Theory of Positive Emotions". In *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*, 359(1449): 1367-1378, Sep. 29, 2004.
- FREUD, A. *El Yo y los mecanismos de defensa*. Buenos Aires: Paidós, 1977.
- FREUD, S. *Obras completas*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1973.
- FRITH, C. "Attention to Action and Awareness of Other Minds". In *Conscious Cogn*, 11(4): 481-487, Dec., 2002.
- FRITH, C. D. and SINGER, T. "The Role of Social Cognition in Decision Making". In *Philos Trans R Soc Lon B Biol Sci*, 363(1511): 3875-3886, Dec., 2008.
- FUENTENEYRO, F. "Psicopatología de la psicosis: Delirio". En *Tratado de psiquiatría*. Vallejo, J. Barcelona: Ars Médica, 2005.
- FUENTENEYRO, F. *et al.* *Psicología médica, psicopatología y psiquiatría*. Bogotá: Interamericana, 1990.
- FUNAHASHI, S. "Neural Mechanisms of Decision Making". In *Brain Nerve*, 60(9): 1017-1027, Sep., 2008.
- GÁLVEZ, J. "Psiconeuroinmunoendocrinología". En *Psiquiatría clínica: Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos*, Gómez, C. *et al.*, 40-47. Bogotá: Editorial Médica Internacional Ltda., 2008.
- GARCÍA, J. "Psicopatología y espiritualidad". En *Revista Informaciones psiquiátricas*, 189: 451-453, 2007. Publicaciones científicas. Hermanas Hospitalarias del SCJ.
- GARCIANDÍA, J. [Comunicación personal], Bogotá, 2000.
- GHAEMI, S. *The Concepts of Psychiatry*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2003.
- GODOY, C. *La paranoia en la enseñanza de Jaques Lacan*. Bogotá: Centro de Investigación y Docencia en Psicoanálisis (CID), 2004.

- GOLDBERG, E. *El cerebro ejecutivo: Lóbulos frontales y mente civilizada*. Barcelona: Editorial Crítica, 2002.
- _____. *The Wisdom Paradox*. New York: Gotham Books, 2006.
- GOLDMAN, H. *Review of General Psychiatry*. Norwalk: A Lange Medical Book, 1988.
- GOLDMAN, R., Klatz, R. and Berger, L. *Brain Fitness*. New York: Random House Inc., 1999.
- GOLDSMITH, E. "Intelligence is Universal in Life". In *Rev Biol*, 93 (3): 399-411, Sep.-Dec., 2000.
- GÓMEZ, C. [Comunicación personal], Bogotá, 2000.
- GÓMEZ, C. et al. (eds. académicos). *Fundamentos de psiquiatría clínica: Niños, adolescentes y adultos*. Bogotá: CEJA, 2002.
- GÓMEZ, J. "Cerebro e imagen corporal". En *Avances, Rev Asoc Col Psiq Biol*, vol. 8, 7-17, 2007.
- GRINBERG, L. *Culpa y depresión*. Buenos Aires: Paidós, 1978.
- GURMÉNDEZ, C. *Tratado de las pasiones*. México: Fondo de Cultura Económica, 1986.
- GUZMÁN, E. *Neuropsicología*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia y Colciencias, 1984.
- HABIB, M. "Athymormia and Disorders of Motivation in Basal Ganglia Disease". In *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 16(4): 509-524, Fall, 2004.
- HAGMAN, G. "The Musician and the Creative Process". In *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry*, 33(1): 97-117, Spring, 2005.
- HAGMANN, P. et al. "Mapping the Structural Core of Human Cerebral Cortex". In *PloS Biol* 6 (7), 2008. <http://www.plosbiology.org/articulate/info/doi/101371/journal.pbio0060159>
- HARDIN, P. E. "Transcription Regulation within the Circadian Clock: The E-box and Beyond". In *J Biol Rhythms*, 19(5): 348-360, Oct., 2004.
- HARVARD Busines Review. *Toma de decisiones*. Buenos Aires: Planeta, 2004.
- HASTINGS, M. H. and Herzog, E. D. "Clock Genes, Oscillators, and Cellular Networks in the Suprachiasmatic Nuclei". In *J Biol Rhythms*, 19(5): 400-413, Oct., 2004.
- HAWKING, S. *Historia del tiempo*. Barcelona: Grijalbo Editores, 1989.
- HAWKING, S. y MODINOV, L. *El gran diseño*. Barcelona: Crítica, 2010.
- HERNÁNDEZ, G. "Trastornos de la sexualidad". En *Fundamentos de psiquiatría clínica: Niños, adolescentes y adultos*. Bogotá: CEJA, 2002.
- HOUDART, R. "Consciousness". In *Encephale*, 20(2): 159-168, Mar., 1994.
- _____. "Affectivity in the Nervous System". In *Encephale*, 30(3): 236-244, May.-Jun., 2004.

- IACOBONI, M. and DAPRETTO, M. "The Mirror Neuron System and the Consequences of its Dysfunction". In *Nat Rev Neurosc*, 7(12): 942-951, Dec., 2006.
- JASPERS, K. *Psicopatología general*. México: Fondo de Cultura Económica, 2001.
- JELLINGER, K. A. "Functional Pathophysiology of Consciousness". In *Neuropsychiatry*, 23(2): 115-133, 2009.
- JUNG, C. G. *Los tipos psicológicos*. Santiago de Chile: Letras, 1927.
- JUNG, R. E. *et al.* "Neuroanatomy of Creativity". In *Hum Brain Mapp*, 31(3): 398-409, Mar., 2010.
- _____. "White Matter Integrity, Creativity, and Psychopathology: Disentangling Constructs with Diffusion Tensor Imaging". In *Plos One*, 5(3): 9818, Mar., 2010.
- KALIVAS, P. W. and VOLKOW, N. D. "The Neural Basis of Addiction: A Pathology of Motivation and Choice". In *Am J Psychiatry*, 162(8): 1403-1413, Aug., 2005.
- KANWISHER, N. and YOVEL, G. "The Fusiform Face Area: A Cortical Region Specialized for the Perception of Faces". In *Philos Trans R Soc Lon B Biol Sci*, 361(1476): 2109-2128, Dec. 29, 2006.
- KAPLAN, H. *et al.* *Manual de psiquiatría de urgencias*. Buenos Aires: Médica Panamericana, 1996.
- KAPLAN, H. and SADOCK, B. *Synopsis of Psychiatry*. Baltimore: William & Wilkins, 1998.
- KOLB, L. *Psiquiatría clínica*. México D. E.: Interamericana, 1985.
- KOYRÉ, A. "Reflexiones sobre la mentira". En *Revista El Malpensante*, núm. 49, 74-85, sep.-oct. 2003.
- KREMEN, W. and DALE, A. "Atlas de la superficie del cerebro humano basado en información genética". In *Science*, 2012; doi 10.1126/science. 1215330.
- KUERAGA, K. *et al.* "Top-Down Predictions in the Cognitive Brain". In *Brain Cogn*, 65(2): 145-68, Nov., 2007.
- LABERGE D. "Attention, Consciousness, and Electrical Wave Activity within the Cortical Column. In *Int J Psychophysiol*, 43(1): 5-24, Dec., 2001.
- LAIN-ENTRALGO, P. *Historia Universal de la Medicina*. Barcelona: Salvat, 1975.
- LAROUSSE. *Dictionnaire de Psychiatrie et de Psychopathologie Clinique*. París: Larousse, 1995.
- LEWIS, P. A. and MIALL, R. C. "Remembering the Time: A Continuous Clock". In *Trends Cogn Sci*, 10(9): 401-406, Sep., 2006.
- LIEBOWITZ, M. *Panic Disorder as a Chronic Illness*. In *J. Clin, Psychiatry*, 58: 5-8, 1997.
- LIN, F. *et al.* "Adicción a Internet y alteración de conexiones cerebrales". Noticia de www.neurologia.com, publicada el 3/7/2012, revisada el 3/15/2012.

- LLINÁS, R. *El cerebro y el mito del Yo: El papel de las neuronas en el pensamiento y el comportamiento humano*. Bogotá: Editorial Norma, 2003.
- LÓPEZ-IBOR, J. J. *Las depresiones*. Barcelona: Toray-Masson, 1977.
- LORENZ, K. *El porvenir está abierto*. Keuzer, F. (edit.). Barcelona: Tusquets Editores S.A., 1992.
- LOWREY, P. L. and TAKAHASHI, J. S. "Mammalian Circadian Biology: Elucidating Genome-Wide Levels of Temporal Organization". In *Annu Rev Genomics Hum Genet*, 5: 407-441, 2004.
- LUQUE, R. "Alucinaciones: Revisión histórica y clínica". En *Revista Informaciones Psiquiátricas*, 189: 379-410, 2007. Publicaciones científicas. Hermanas Hospitalarias del SCJ.
- LUQUE, R. y VILLAGRÁN J. M. "Alucinaciones y otras pseudopercepciones". En *Psicopatología descriptiva: Nuevas tendencias*. Madrid: Trotta, 2000.
- LYONS, D. E. et al. "Reflections of Other Minds: How Primate Social Cognition Can Inform the Function of Mirror Neurons". In *Curr Opin Neurobiol*, 16(2): 230-234, Apr. 2006.
- MARTÍNEZ-SELVA, J. M. et al. "Brain Mechanisms Involved in Decision-Making". In *Rev Neurol*, 42(7): 411-418, Apr., 2006.
- MATTESSON, M. (edit.). *Neurobiology of Aggression*. New Jersey: Human Press, 2003.
- McDUFFIC, K. et al. "Dreams and the Temporality of Consciousness". In *A J Psychol*, 123(2): 189-197, Summer 2010.
- McGUIRE, P. K. et al. "Abnormal Monitoring of Inner Speech; a Physiological Basis for Auditory Hallucinations". In *Lancet*, 346: 596-600, 1995.
- McKINNON, R. y MICHELS, R. *Psiquiatría clínica aplicada*. México: Nueva Editorial Interamericana, 1973.
- MEISSNER, W. W. "Reflections on Psychic Reality". In *Int J Psychoanal*, 81, Pt 6: 1117-1138, Dec., 2000.
- MENNINGER, K. *El hombre contra sí mismo*. Barcelona: D'editions, 1972.
- MESIBOV, G. et al. *Autism Understanding the Disorder*. New York: Plenum Press, 1997.
- MILLON, Th. *Psicopatología moderna*. Barcelona: Salvat, 1976.
- MIRA y LÓPEZ, E. *Manual de psiquiatría*. Buenos Aires: El Ateneo, 1943.
- MORGAN, C. *Introducción a la psicología*. Madrid: Aguilar, 1978.
- NATIONAL Geographic en español, vol. 10, núm. 3: 36-47, marzo de 2002.
- NICHOLI, A. (edit.). *The Harvard Guide to Modern Psychiatry*. London: The Belknap Press of Harvard University Press, 1978.
- OKAMURA, H. "Clock Genes in Cell Clocks: Roles, Actions, and Mysteries". In *J Biol Rhythms*, 19(5): 388-399, Oct., 2004.

- OLIVARES, J. "Psicopatología de los estados de ánimo: anhedonia". En *Revista Informaciones Psiquiátricas*, 189: 293-314, 2007. Publicaciones científicas. Hermanas Hospitalarias del SCJ.
- ONO, T. and NISHIJO, H. "Neural Mechanisms of Intelligence, Emotion and Intention". In *Brain Nerve*, 60(9): 995-1007, Sep., 2008.
- O'REARDON, J. P., RINGEL, B. L. *et al.* "Circadian Eating and Sleeping Patterns in the Night Eating Syndrome". In *Behav Sleep Med*, 1(4): 213-226, 2003.
- ORTEGA Y GASSET, J. *Ensimismamiento y alteración*. Buenos Aires: Espasa Calpe, 1939.
- PANDA, S. and HOGENESCH, J. B. "It's all in the Timing: Many Clocks, Many Outputs". In *J Biol Rhythms*, 19(5): 374-387, Oct., 2004.
- PANSKY, B. *Neurociencias, enfoque sistemático*. México D. F.: McGraw Hill, 1982.
- PÉREZ, V. [Comunicación personal], Bogotá, 2005.
- PHILIPPE, F. L. *et al.* "Resilience and Positive Emotions: Examining the Role of Emotional Memories". In *J Pers*, 77(1): 139-175, Feb., 2009.
- PIAGET, J. *Psicología y epistemología*. Barcelona: Ariel, 1973.
- _____. *Psicología de la inteligencia*. Buenos Aires: Ed. Psique, 1977.
- _____. *Seis estudios de psicología*. Barcelona: G. Diamante, 1977.
- PONSETI, J. *et al.* "Assessment of Pedophilia Using Hemodynamic Brain Response to Sexual Stimuli". In *Arch Gen Psychiatry*, 69(2):187-194, 2012. En: www.neurologia.com, revisado el 15/03/2012.
- POPPER, K. "Los tres mundos". En *El porvenir está abierto*. Popper, K. y Lorenz, K. Barcelona: Tusquets Editores S.A., 1992.
- POSADA, G. y SERRANO, C. [Comunicación personal], Bogotá, 2005.
- PUNSET, E. *Redes, Neurociencias*. Programa de divulgación científica, televisión española. 2011. En www.redes.tve.es
- QUEMADA, J. "Psicopatología y daño cerebral". En *Revista Informaciones Psiquiátricas*, 189: 239-252, 2007. Publicaciones científicas. Hermanas Hospitalarias del SCJ.
- RACINE, E. and ILLES, J. "Neuroethical Responsibilities". In *Can J Neurosci*, 33(3): 269-277, Aug., 2006.
- RACAGNI, G. and SMERALDI, E. (edits.). *Anxious Depression*. New York: Raven Press, 1987.
- RAMACHANDRAN, V. and HUBBARD, E. "Hearing Colors Tasting Shapes". In *Scientific American Mind*, 16(3): 17-23, 2005.
- RACKER, H. *Estudios sobre técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós, 1977.
- RAMÍREZ, J. M., TRYBA, A. K. and PENA, F. "Pacemaker Neurons and Neuronal Networks: An Integrative View". In *Curr Opin Neurobiol*, 14(6): 665-674, Dec., 2004.

- REY, G. "Las huellas de lo social: interacción, socialización y vida cotidiana". En *Signo y Pensamiento*, núm. 11: 9-29, Pontificia Universidad Javeriana, 1987, Bogotá.
- RIZZOLATTI, G. and CRAIGHERO, L. "The Mirror-Neuron System". In *Annu Rev Neurosci*, 27: 169-192, 2004.
- RIZZOLATTI, G. and SINIGAGLIA, C. "Mirror Neurons and Motor Intentionality". In *Func Neurol*, 22(4): 205-210, Oct.-Dec., 2007.
- RODNEY, J. and KEVAN, A. C. "Mapping the Matrix: The Ways of Neocortex". In *Neuron*, vol. 56, issue 2, 226-238, oct. 2007.
- RODRÍGUEZ, M., PÉREZ, V. and GARCÍA, J. "Impact of Traumatic Experiences and Violent Acts Upon Response to Treatment of a Sample of Colombian Women with Eating Disorders". In *Int J Eat Disord*, 37(4): 1-8, 2005.
- ROMERO-NIEVA, F. "Obsesiones y compulsiones". En *Revista Informaciones Psiquiátricas*, 189: 315-344, 2007. Publicaciones científicas. Hermanas Hospitalarias del SCJ.
- ROSKIES, A. L. "Neuroscientific Challenges to Free Will and Responsibility". In *Trends Cogn Sci*, 10(9): 419-423, Sep., 2006.
- _____. "How does Neuroscience Affect our Conception of Volition?". In *Annu Rev Neurosci*, 33: 109-130, 2010.
- ROSSELLI, D. *Neuro: Introducción a las neurociencias*. Bogotá: Biblioteca del Profesional, Fundación Cultural Javeriana de Artes Gráficas, 1997.
- ROUGER, M. *L'Enfant Violentè*. París: Bayard Ed., 1994.
- ROVALETTI, M. "En torno a la identidad personal". En *Sistemas*, Revista de Ciencias Sociales, núm. 98: 87-103, septiembre, 1990, España.
- RUNDELL, J. y WISE, M. *Fundamentos de la psiquiatría de enlace*. Bogotá: Licitelco S.A., 2003.
- SACKS, O. *Hallucinations*. New York: Random House, 2012.
- SAGAN, C. *Cosmos*. Barcelona: Editorial Planeta, 1987.
- SÁNCHEZ, L. J. *Psiquiatría general y psicopatología*. Bogotá: Siglo XX, 1947.
- SANTACRUZ, H. "Angustia, ansiedad, tensión, estrés". En *Universitas Médica*, vol. 40: 137-140, Pontificia Universidad Javeriana, 1999, Bogotá.
- SCHNEIDER, K. *Las personalidades psicopáticas*. Madrid: Morata, 1943.
- _____. *Klinische Psychopathologie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 1967.
- SLATER, E. et al. *Genética de los trastornos mentales*. Barcelona: Salvat, 1974.
- SPITZ, R. *El primer año de vida del niño*. México: Fondo de Cultura Económica, 1986.
- STARKTEIN S. et al. "Apathy Following Cerebrovascular Lesions". In *Stroke*, 24: 1625-1630, 1993.

- STORMS, W. W. "Pharmacologic Approaches to Daytime and Nighttime Symptoms of Allergic Rhinitis". In *J Allergy Clin Immunol*, 114(5 Suppl): 146-153, Nov., 2004.
- STRUSS, D. *Principles of Frontal Lobe function*. Edited by Knight, R. New York: Oxford University Press, 2002.
- SULLIVAN, H. S. *La entrevista psiquiátrica*. Buenos Aires: Psique, 1977.
- SUROS, J. *et al. Semiología médica y técnica exploratoria*. Barcelona: Salvat, 1984.
- TABORDA, M. C. [Comunicación personal], Bogotá, 2005.
- TAKAHASHI J. S. "Finding New Clock Components: Past and Future". In *J Biol Rhythms*, 19(5): 339-347, Oct., 2004. Howard Hughes Medical Institute.
- TAMMINGA, C. and SCHULZ, Ch. (edits.). *Schizophrenia Research*. New York: Raven Press, 1991.
- TAYLOR, M. and VAIDYA, N. *Descriptive Psychopathology*, ebook. New York: Cambridge University Press, 2009.
- TÉLLEZ, J. "Neurobiología del self". En *Avances, Rev Asoc Col Psiq Biol*, vol. 8: 19-41, 2007.
- TISSOT, R. *Introducción a la psiquiatría biológica*. Bogotá: Ed. Pluma, 1980.
- TONONI. G. "An Information Integration Theory of Consciousness". In *BMC Neurosc*, 5-42, Nov. 2, 2004.
- TURKLE, S, "Las tecnologías de la vida cotidiana alteran nuestra manera de ver el mundo". Blog.
- USDIN, G. *et al. Psiquiatría en medicina general*. Barcelona: Salvat, 1983.
- VALLEJO, J. *et al. Introducción a la psicopatología y psiquiatría*. Barcelona: Toray-Masson, 1998.
- _____. *Tratado de psiquiatría*. Barcelona: Ars Médica, 2008.
- VARIOS. *DSM IV*. Barcelona: Toray-Masson, 1999.
- VARIOS. *On the Wings of the Swan*. Conversaciones con Swami Niranjanananda Saraswati. Bogotá: Academia de Yoga Satyananda, 2005.
- VARIOS. "Psicopatología", [número monográfico]. En *Diagnóstico y clasificación de las depresiones*, vol. 7, núm. 3: 265-442, julio-septiembre, 1987, Madrid.
- VIDAL, G. y ALARCÓN, R. *Psiquiatría*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1986.
- VIDAL, G. *et al. Enciclopedia de Psiquiatría*. Buenos Aires: El Ateneo, 1977.
- VILLAGRÁN, J. M. *Bases epistemológicas de la psiquiatría y de la psicopatología*. Conferencia magistral en la I Jornada de Psicopatología clínica y Salud mental. Madrid, 22 de marzo de 2007. Hermanas Hospitalarias del SCJ, con el aval científico de la Sociedad Vasco Navarra de Psiquiatría.

- WEGNER, D. M. "Precis of the Illusion of Conscious Will". In *Behav Brain Sci*, 27(5): 659-692, 649-59; discussion, Oct., 2004.
- WIENER, J. *Behavioral Science*. Baltimore: William & Wilkins, 1990.
- WITTAKER, J. *Psicología*. México: Interamericana, 1985.
- YUDOFKY, S. C. and HALES, R. E. *Textbook of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 2002.
- ZAX, M. et al. *Psicopatología*. México: Interamericana, 1983.

Literaria

- ALLENDE, I. *El plan infinito*. Barcelona: Plaza y Janés Editores S.A., 1994.
- _____. *Retrato en sepia*. Barcelona: Plaza y Janés Editores S.A., 2000.
- BENEDETTI, M. *Primavera con una esquina rota*. Barcelona: RBA Editores S.A., 1993.
- CERVANTES, M. de. *Obras completas*. Madrid: Aguilar S.A., 1967.
- CHANG, J. *Cisnes salvajes*. Barcelona: Circe Ediciones S.A. 2010.
- CHRISTIE, A. *La muerte de Lord Edgware*, ebook. Gerson O. Su/341rez.
- CIORAN, E. M. *De lágrimas y de santos*. Barcelona: Tusquets Editores S.A., 1988.
- CORTÁZAR, J. *El perseguidor y otros cuentos*. México: Pepsa Editores, 1976.
- DALÍ, S. *Vida secreta de Salvador Dalí*. Barcelona: Editorial Antártida, 1993.
- DOSTOYEVSKI, F. *El doble*. Madrid: Aguilar, 1968.
- ECO, U. *El cementerio de Praga*. Bogotá: Random House Mondadori, 2010.
- FALLACI, O. *Un hombre*. Barcelona: Ed. Noguer S.A., 1980.
- GALA, A. *La soledad sonora*. Barcelona: Planeta, 1997.
- GARCÍA MÁRQUEZ, G. *Cien años de soledad*. Buenos Aires: Suramericana, 1967.
- _____. *El amor en los tiempos del cólera*. Bogotá: Editorial La Oveja Negra, 1985.
- _____. *El general en su laberinto*. Bogotá: Editorial La Oveja Negra, 1985.
- _____. *Vivir para contarla*. Bogotá: Editorial Norma S.A., 2002.
- GRASS, G. *Años de perro*. Barcelona: Plaza y Janés Editores S.A., 1982.
- GRAVES, R. *Yo, Claudio*. Madrid: Alianza Editorial S.A., 1988.
- _____. *Claudio, el dios, y su esposa Mesalina*. Madrid: Alianza Editorial S.A., 1988.
- _____. *Los mitos griegos*. Madrid: Alianza Editorial S.A., 1988.
- HERNÁNDEZ, A. *Plegaria de los lunes* (video) [inédito]. Bogotá, 2001.
- HERNÁNDEZ, G. *L'aventure suisse* [inédito]. Bogotá, 1995.
- _____. *Crónicas de viaje a través del recuerdo* [inédito]. Bogotá, 1997.

- _____. “Margarita”. En *Más allá de la medida*. Madrid: Museo de la Palabra, Gens Ediciones, 2010. Edición de finalistas del primer Premio Internacional de Microrrelatos.
- JENNINGS, G. *Halcón*. Barcelona: Editorial Planeta, 1992.
- _____. *Azteca*. Barcelona: RBA Editores S.A., 1993.
- _____. *El Viajero (Marco Polo)*. Barcelona: Editorial Planeta, 2003.
- JOYCE, J. *Cartas escogidas*. Barcelona: Editorial Lumen, 1982.
- KAFKA, F. *La Metamorfosis*. Bogotá: Planeta Colombiana Editorial S.A., 1985.
- KATZENBACH, J. *La historia del loco*. Barcelona: Ediciones B S.A., 2004.
- KUNDERA, M. *La identidad*. Barcelona: Tusquets Editores S.A., 1998.
- LE CARRÉ, J. *El jardinero fiel*. Barcelona: Plaza y Janés Editores S.A., 2001.
- MASTRETTA, A. *El mundo iluminado*. Bogotá: Planeta Colombiana Editorial S.A., 1999.
- McCOURT, F. *Las cenizas de Ángela*. Bogotá: Editorial Norma, 1997.
- McCOURT, F. *¡Ajá! Si lo es*. Bogotá: Editorial Norma, 1999.
- MENDOZA, E. *Riña de gatos. Madrid 1936*. Premio Planeta. Barcelona: Planeta, 2010.
- MILLER, A. *Una chica cualquiera*. Madrid: Unidad Editorial S.A., 1998.
- MONTANELLI, I. *Historia de los griegos*. Barcelona: Plaza y Janés Editores S.A., 1985.
- MOURAD, K. *En la ciudad de oro y plata*. Bogotá: Planeta, 2010.
- MUTIS, A. *Empresas y tribulaciones de Maqroll El Gaviero. Siete novelas*. Bogotá: Alfaguara, 1977.
- OSPINA, W. *Poesía 1974-2004*. Bogotá: Dosgráfico, 2004.
- PIÑÓN, N. *Dulce canción de Caetana*. Bogotá: Editorial Norma, 1994.
- POMBO, R. *Cuentos pintados*. Bogotá: Editorial Pluma, 1981.
- PROKOSCH, F. *El manuscrito de Missolonghi*. Barcelona: Editorial Planeta, 1968.
- PUIG, M. *The Buenos Aires Affair*. Barcelona: Seix Barral, 1977.
- QUEVEDO y Villegas, F. de. “Orígenes y definiciones de la necesidad”. En *Los versos satánicos*. Rushdie, S. Barcelona: Seix Barral, 1988.
- REVISTA *Semana*, edición 990: 84, abril 2001.
- _____, edición 1086: 82, marzo 2003.
- _____, edición 1197: 89, abril 2005.
- RUSHDIE, S. *Los versos satánicos*. Barcelona: Seix Barral, 1988.
- RUÍZ, M. *Los cuatro acuerdos. Un libro de sabiduría tolteca*, Barcelona: Ediciones Urano, 1997.
- SAINT-EXUPÉRY, A. de. *El principito*. Madrid: Alianza, 1988.
- SARAMAGO, J. *Ensayo sobre la ceguera*. Barcelona: Santillana S.A., 2000.
- _____. *Historia del cerco de Lisboa*. Bogotá: Casa Editorial El Tiempo, 2001.

- SEGURA, E. *El mago de las palabras: J. R. R. Tolkien*. Barcelona: Eduardo Segura y Editorial Casals S.A., 2003.
- SHAKESPEARE, W. *Hamlet, príncipe de Dinamarca*. Madrid: Aguilar, 1988.
- _____. *La tragedia de MacBeth*. Madrid: Aguilar, 1988.
- _____. *Medida por medida*. Madrid: Aguilar, 1988.
- _____. *Otelo, el moro de Venecia*. Madrid: Aguilar, 1988.
- VARGAS Llosa, M. *Pantaleón y las visitadoras*. Barcelona: Seix Barral, 1985.
- WALLER, L. *La cuenta suiza*. Buenos Aires: Editorial Pomare S.A., 1977.
- WEST, M. *El mundo es de cristal*. Buenos Aires: Javier Vergara Editor, 1983.
- _____. *La última confesión*. Buenos Aires: Ediciones B, 2000.
- WILDE, O. "El retrato de Dorian Gray". En *Obras completas*. Madrid: Aguilar, 1975.

Índice analítico

A

- Abstracción *Passim*
- Abulia 158, 364, 372, 399
- Aburrimiento 54, 74, 124
- Abuso sexual 304, 329, 330
- Acción *Passim*
 - futura 123
 - voluntaria 371
- Aceptación de la corporeidad 262
- Acting out* 249, 296, 299, 364, 372, 399
- Actitud *Passim*
 - pasiva 84, 275
- Actividad *Passim*
 - compulsiva 296
 - consciente 31, 142, 165
 - delirante 148, 376
 - del Yo 150
 - emocional 45
 - mental 31, 38, 140
 - onírica 311, 315
- Acto *Passim*
 - compulsivo 167
 - impulsivo 85, 364
 - libre 355
 - mental 22
 - psicológico 17, 23
 - responsable 355, 359
 - voluntario 355, 358

Actos *Passim*
Actuación 30, 85, 167, 184, 249, 274, 293, 364, 367
Acumulación de objetos 168
Adicciones 26, 130, 270, 291, 294, 295, 298, 380
Adormecimiento 144, 313, 317, 323
Afasia 104, 130, 210, 211, 399
 anómica 222
 de Broca 210
 de conducción 211
 de Wernicke 210
 receptiva 130
Afectividad 73, 77, 80, 92, 93, 197, 234, 238, 290, 399
 catatímica 73, 399
 holotímica 73, 399
Afecto *Passim*
 de pesadilla 79
 depresivo 73, 74, 94
 dolor emocional 25, 73, 74, 177
 expansivos 76, 94
 tristeza 73, 74, 80, 81, 82, 84, 89, 90, 94, 156, 201, 235, 377
Agitación 38, 64, 65, 68, 76, 82, 193, 211, 340, 399
Agnosia 55, 142
 asociativas 280
 auditiva asociativa 55
 moral 142
Agonistas de la dopamina 78
Agorafobia 170
Agrafía 211, 220, 223, 399
Agramatismo 218, 223, 399
Agresión *Passim*
Agresividad *Passim*
Alegoría patológica 76, 81, 82, 94
 disforia 82
 euforia 76, 81, 82, 94, 124, 130, 363, 403
Alerta *Passim*
Alexia 220, 223, 400
Alexitimia 90, 94, 400
Alteraciones *Passim*
Alucinación 46, 49, 50, 51, 52, 53, 56, 58, 254, 400
 auditiva 53, 55, 102, 201, 264
 gustativa 51
 negativa 52, 156, 366

olfatoria 51
táctil 51, 129, 191
visual 50
Alucinosis 53, 56, 58, 400
Ambiente *Passim*
Ambivalencia afectiva 90
Amígdala *Passim*
Amimia 221, 223
Amistad 215, 271, 291, 365
Amnesia 67, 68, 108, 109, 116, 145, 318, 400
 anterógrado 108
 disociativa 67, 68
 lacunar 109, 116
 mixta 108
 parcial 109
 retrógrado 108
 selectiva 109, 305, 345, 347, 358
Amor *Passim*
Amoralidad 142, 154
Analgésica 45
Analismo 342, 351, 400
Aneyaculación 346
Angustia *Passim*
 patológica 87
Anhedonia 90, 93, 94, 269, 400
Ánimo *Passim*
Anomia 207
Anorexia 262, 305, 306, 309, 400
 mental 305, 309, 400
Anorgasmia 346, 400
 frigidez 347, 351
Anosognosia 130, 149, 154, 400
Ansiedad *Passim*
 generalizada 87, 94, 400
Apatía 39, 93, 124, 268, 269, 271, 275, 286, 296, 346
Aprecio 291
Aprendizaje *Passim*
 emocional condicionado 290
 por experiencia 136
 por imitación 287
 por observación 287

- social 291
- Aprosexia 99, 100, 400
- Aprosodia motora 91
- Arco reflejo 29
- Área *Passim*
 - específicas de asociación sensorial 195
 - fusiforme 44
 - motora o de Broca 46, 205, 210, 211
 - sensorial o de Wernicke 205, 210, 211
- Aristóteles 155
- ARN 102
- Arousal 30, 38, 71
- Asomatognosia 149, 154, 400
- Astereognosia 55
- Asterognosia 55
- Atemporalidad 124, 155
- Atención *Passim*
 - campo de conciencia *Passim*
 - estabilidad 98, 329, 330
 - falta de atención 99, 100, 364
 - flotante 97
 - involuntaria 66, 97, 98
 - oscilación 98, 237
 - volumen 46, 98, 220
- Atimormia 269
- Audición 43, 44, 47, 264
- Autismo 290
 - infantil 165
- Autoobservación 256, 260, 261
- Autoconciencia 30, 142, 147, 225
- Autocrítica 256, 261, 263, 363, 385
- Autodesvalorización 177
- Autolocalización 122
- Automatismo psicomotor 145
- Autopunición 84, 177
- Autorreconocimiento 123
- Autorreproche 256
- Autorrumiación 179

B

- Bella indiferencia 375

Belle indifferencia 130, 150
Bisexualismo 343, 351
Bloqueo de pensamiento 192
Bradilalia 64, 214
Bradipsiquias 192
Brodman 133, 205
Bruxismo 317, 323, 401
Bulbos olfatorios 290
Bulimia 305, 306, 309, 363, 401

C

Cálculo interno 59, 243
Calidad del estímulo 97
Capacidad *Passim*
 comunicativa 63, 164, 193, 207
 de adaptación a la realidad 274
 de esfuerzo 273, 274, 275, 276, 384
 de espera 228, 295
 de predicción 119, 141, 359
 de razonar 244
 de resiliencia 270
 de tolerancia a la frustración 274
 predictiva 243
Captación del mundo externo 146, 151, 153, 154
Carácter *Passim*
Carencia 269, 274, 318
Carencias emocionales 231, 384
Catalepsia 64, 68, 323, 401
Cataplejía 64
Catatonía 38, 65, 68, 192, 401
Celotipias 185
Células 29, 122, 290
 de dirección 122
 de límite 122
 de lugar 122
 de red 122
Centro *Passim*
 de integración sensoriomotora 30
Cerebelo 37, 60, 61, 134
Cerebro *Passim*
 derecho 246

- frontal 142
- humano *Passim*
- izquierdo 246
- mamífero 30
- reptil 30, 288
- Chronesthesya 124
- Ciclos de sueño 118, 122, 314, 322
- Cíngulo 78, 245, 269
- Circuito 96, 98, 122, 269
 - dorsolateral de los lóbulos frontales 269
 - prefrontal de la discreción 293
- Civilización 31, 117, 131, 286, 288
- Claustrofobia 125, 170
- Cleptomanía 364
- Códigos 20, 27, 122, 153, 157, 207, 279, 283, 286, 360
 - culturales 279
 - relacionales 286
 - simbólicos 279
- Cognición 118, 133, 156, 158, 291
- Cogniciones delirantes 177
- Cognitivo *Passim*
- Cólera *Passim*
- Coma 37, 65, 142, 144, 154, 241, 401
- Competencia 62, 148, 182, 202, 281
 - adaptativa 281
- Competencias de grupo 280
- Comportamientos repetitivos 366
- Compulsiones 38, 168, 364, 419
- Comunicación *Passim*
 - verbal 205
- Conceptos *Passim*
 - afectivos 199
 - éticos 135
- Conceptualización 202, 207, 227
- Conciencia *Passim*
 - alerta 30, 382
 - campo de conciencia *Passim*
 - coeficiente de conciencia 143
 - de captación del mundo circundante 151
 - de captación del Yo 146, 150, 154, 259, 262, 265
 - de captación del Yo corporal 146, 154

de captación del Yo psicológico 146, 150, 154
de eventos psicológicos 138
de la corporeidad 153, 262
de la intención de actuar 142
de las consecuencias del acto 142
estructural 144, 145
estructuras neurológicas de la conciencia 153
identidad del Yo 150, 253, 262
introspectiva 142
lúcido 152, 382
modalidades conscientes 143
moral 139, 143, 152, 154, 256
neurológica 37, 138, 153
psicológica 138, 153
Condición 75, 80, 85, 140, 154, 230, 274, 304, 319
 fisiológicas 37, 42
 necesaria 140, 359
Conducta *Passim*
 agresiva 296, 299, 300
 con memoria y con conciencia 31
 disruptiva 297
 estereotipada 288
 habitual 55, 287, 291, 292, 298, 355, 360, 361, 366, 385
 motora 60, 67
 organizador del psiquismo 302
 oroalimentaria 302, 304
 sexual 77, 325, 326, 329, 333, 348, 349, 350
 social 43, 283, 286, 290, 291, 326, 385, 402
Confabulación 109, 115
Confusión 37, 250, 318
Conmoción psicológica súbita y masiva 183
Conocimiento *Passim*
Consciente *Passim*
Construcción cerebral 121
Contacto con la realidad 242, 251, 262, 265, 333
Contenido *Passim*
 erróneo 173, 197, 405
 ideativos sexuales, religiosos o agresivos 168
 motivacionales 290
Contexto social 248
Continuidad del Yo 123, 259

Control cerebral del movimiento organizado 37, 60
Control motor 37, 61, 62, 134
Convulsiones 66, 68, 171, 356
Coprofagia 307, 309, 401
Coprofilia 342, 401
Coprofalia 216, 223, 401
Corteza *Passim*
análisis 19, 197, 246, 249, 261, 262, 288
cerebral *Passim*
cingulada 78, 79, 131, 134, 153, 246, 289, 290
cingulada anterior 78, 79, 289, 290
cingular 142, 290
civilización 288
de asociación 134, 279
de asociación posterior 134
entorrinal 122
frontal del hemisferio no dominante 91
frontoparietal ventral 96, 97
ideas *Passim*
inferoparietal 280
inferotemporal 280
intuición 72, 245, 256, 261, 288
límbica 267, 268
medial prefrontal 79, 414
motora 36, 147, 205, 279
motora suplementaria 205
occipital 315
orbitofrontal 143, 293
parietal 35, 135
prefrontal *Passim*
prefrontal de los lóbulos frontales 258
prefrontal dorsolateral 104, 120, 246
prefrontal medial 142
prefrontal ventromedial 245
premotora 134, 290
somatosensorial 36
visual 205
Corticales 109, 279, 281
Córtices 71, 122, 280
anteromedial temporal 122
cerebrales 71

de asociación específica de modalidad 280
de asociación heteromodal 280
temporoparietal 122
Cortisol 78, 291
Creatividad 31, 47, 135, 254, 257, 259, 261, 263, 370
Creencia 16, 182, 269
Crisis de pánico 77, 87, 248
Crítica *Passim*
Cuadros de depresión 214
Chronesthesya 124
Cuerpo *Passim*
 caloso 135
 cingulado anterior 230
Culpa *Passim*
Cultura *Passim*

D

Daño *Passim*
Daños morales 139
Darse cuenta de 37, 137, 141, 143, 235, 406
Daudet 264
Decisión *Passim*
 analítica 249
 emocional *Passim*
 inteligente 244, 251
Deficiencia mental 233, 238
Déjà vu 111, 113, 116, 401, 407
Delirante *Passim*
Delirio *Passim*
 celotípico 184, 198, 401, 402
 crónico 183, 184, 198, 401, 402, 405
 de reivindicación 189, 190, 401, 402
 dismórfico 57
 disósmico 57
 erotomaniaco 184, 198, 402
 parafrénico 183, 184, 402
 querulante 189, 401, 402
Delirium 37, 145, 146, 250, 402, 405
Demencia 236, 239, 402
Depresión *Passim*
 atípica 84

endógena 83, 320, 402
reactiva 82, 402
Desánimo 291
Desarrollo *Passim*
afectivo 45, 147
psicosexual 325
Deseo *Passim*
Desesperación 186, 256, 291
Desesperanza 84
Desespero 71, 74, 85, 94
Desinhibición 142, 264, 295, 296, 321, 347, 363
Desmotivación 96, 268, 269, 271
Desolación 291
Desórdenes de la personalidad 38, 298
Despersonalización 51, 68, 150, 153, 154, 262, 402
Despertar *Passim*
Desrealización 113, 151, 152, 153, 154, 402
Deterioro *Passim*
Deuteroscopia 150, 154, 402
Diagramas 199
Dide 269
Diencefálico 327
Dilemas 135, 139
morales 139
sociales 135
Dimensión serotoninérgica 290
Dipsomanía 306, 309, 402
Disartrias 208, 221, 223
Discontrol de impulsos 85, 142, 364, 372, 402
Disfasias 207, 223
Disfemias 208, 221, 223
Disfunciones 38, 39, 135, 289, 344, 375
de la expresión emocional 38
sexuales 344
Disgrafía 220, 223, 402
Disgregación 193, 194, 198, 402
Disgusto 74, 79, 93, 130, 148, 201
Disimulo 202
Dislexia 220, 223, 402
Dismorfofobia 148, 154, 262, 403
Disociación 66, 67, 89, 94, 164, 262, 389, 403

Dispareunia 346, 403
Disprosexias 99, 100
Distimias 89
Disturbios perceptivos 38
Disyuntivas morales 135
Divagar 257
Doble de sí mismo 113, 403
Dolor *Passim*
 emocional 25, 73, 74, 177, 249
 profundo 78
 psicológico 78
Dopamina 78, 120, 130, 158, 268, 291, 315
 mesolímbica 158
Dorsal 36, 264
Dostoievsky 264
Duda 168, 187, 251
Duelo 81, 83

E

Ecmenesias 111
Ecolalia 216, 223, 403
Ecomimia 221, 223, 403
Ecopraxias 66
Egodistonia 87, 91, 366, 406
Eje 29, 38, 72, 173, 195, 233, 238
 motor 29
 sensorial 29
Elaboración *Passim*
 secundaria de los sueños 312
Elección *Passim*
Elementos 30, 149, 261, 302, 312, 327, 328, 329, 348, 350
 instintivos 30, 302
 parciales 327
Embotamiento afectivo 269
Emoción *Passim*
Emociones *Passim*
 básicas con memoria 30
 cardinales 77
 negativas 72, 79, 130, 367
 paroxísticas 71, 74
 positivas 72, 130, 270, 281

primarias 71, 130
secundarias 71
Empatía 44, 45, 135, 141, 201, 260, 293
Endorfinas 78
Enfermedad *Passim*
cerebral 39
mental 21, 25, 86, 248, 263, 398
Engaño 47, 48, 109, 289
de los sentidos 47, 48
Ensalada de palabras 194, 198
Ensueño 260
Entonación 45, 205
Entorno *Passim*
Enuresis 318, 323, 403
Erotomanía 347
Escritura 136, 203, 220, 221, 229, 264, 399
Esfuerzo 273, 274, 275, 349, 276
Espacialidad 122, 262, 265
Espacio *Passim*
funcional interno 37
y movimiento 42
Espanto 88, 94, 403
Especialización hemisférica 130, 131
Espejo *Passim*
Esquema corporal 42, 51, 139, 147, 232
Esquizofrenia *Passim*
Estado *Passim*
crepuscular 145, 403, 405
crepuscular histérico 145
de alerta 30, 37, 38, 97, 138, 140
de alerta inconsciente 138
de ánimo 73, 174, 302, 402
de ansiedad 320
de coma 142
emocional 77, 78, 200, 221
funcional 137
intrínseco 312
Estado crepuscular 145, 403
Estados emocionales cardinales 77
ambición 77
envidia 77

gula 77, 306
ira 71, 72, 74, 77, 249, 259, 365
lujuria 77, 80, 327
orgullo 71, 77
pereza 77
Estar sobresaltado 75
Estereotipias 38, 65, 68, 217, 363
Estimulación *Passim*
 física 46
 temprana 139, 231
Estímulo *Passim*
Estrechamiento 75, 87, 125, 145, 248, 405
Estrés *Passim*
Estructura *Passim*
 interpretativa del cerebro 42
Estructuras funcionales 131, 140
Estupor 37, 144, 154, 403, 405
Eufemismo 203
Eureka 257
Evaluar 115, 237, 244, 250, 308, 321, 383
Evolución *Passim*
Exaltación afectiva 189
Examen 38, 73, 125, 153, 250, 375, 376, 381
 comportamental del cerebro 375
 del estado mental 375
 del paciente 38
Exclusión de la pareja 336
Exhibicionismo 340, 351, 403
Experiencia
 consciente 96, 140, 259
 humana 279
Experiencias *Passim*
 emocionales 93
 sexuales 329, 349
 sexuales traumáticas 329
 subjetivas 50, 71, 84, 144, 165, 184, 253
Experticia 281
Expiación 84, 177
Explorar 43, 56, 250, 349, 381, 385
Expresión *Passim*
 de emociones negativas 79

emocional 30, 38, 39, 71, 78, 91, 366
Eyaculación 346, 403
 anorgásmica 346
 precoz 346

F

Fabulación 114, 115, 116, 403
Falsos recuerdos 113, 116
Falta de figura de autoridad 295
 la idea directriz global 195
Fantasía *Passim*
 inconsciente 253, 261
Fascículo longitudinal superior 205
Fascículos
 longitudinales 135
Fatiga 37, 82, 84, 96, 124, 143, 192, 316, 322
Fenilalanina 78
Fenómeno *Passim*
 reflexivo 358
Fetichismo 336, 351, 404
Flexibilidad 135, 244, 404
 cérea 65, 68, 404
 mental 135
Fobias 125, 148, 168, 169, 170
Focalización de la atención 129
Folie a deux 191
Formación reticular 45, 142, 314
Fracaso *Passim*
Fragmentos de información 18, 43, 102, 104
Freud 75, 97, 170, 292, 391, 414
Frontal *Passim*
Frontalización 363, 372
Frotteurismo 342, 404
Frustración 25, 74, 142, 190, 228, 273, 274, 284, 302
Fuentes de inspiración 258
Fuga
 de ideas 193, 198, 404
 disociativa 67, 68
Función
 apelativa del lenguaje 204
 cerebral 20, 27, 31, 39, 41, 59, 62, 132, 243, 375

cerebral fundamental 59, 243
cognitiva 229, 231, 233, 238, 244, 245, 258, 289
ejecutiva 56
simbólica 157, 233
Funciones superiores 31
Futuro *Passim*
Futura conciencia 138

G

Ganglios basales 35, 36, 39, 61, 62, 134, 205, 269, 291
Genéticas 29, 133
Gerontofilia 334, 351, 404
Glosolalia 219, 223, 404
Goldberg *Passim*
Grandeza 179, 182, 405
Gratitud 71, 180
Guiraud 269
Gusto 43, 44, 47, 301, 307

H

Habilidad *Passim*
Hábitos 43, 228, 287, 361, 385, 409
 constructivos 287
 negativos 287
Habla *Passim*
Hambre 25, 269, 301, 302, 303, 305
Haz geniculado lateral 315
Haz tálamo cortical 36
Heautoscopia 149, 150, 154, 402, 404
Hebefrenia 269
Hemisferio 91, 104, 130, 149, 205, 207, 210, 375
 derecho 130, 149, 205, 375
 izquierdo 130, 205, 210
Herramientas cognitivas 257
Higiene del sueño 322
Hiperexpresividad emocional 92, 94, 404, 408
Hipermimias 221
Hipermnésias 107, 116
Hipermnestia prodigiosa 107
Hiperprosexias 99
Hipersomnias 321, 323

cataplexia 321, 401
narcolepsia 321, 323, 406
orgánicas 51, 125, 231, 320, 321, 346, 349, 367
psicógenas 321
simples 246
Hipoactividad 64
Hipocampo 77, 79, 102, 104, 105, 134, 290, 364
Hipomanía 76, 78, 82, 94, 404
Hipomimias 221
Hipomnesias 107, 116
Hipoprosexias 99
Hiposexualidad 346, 351
Hipotálamo *Passim*
Histamina 315
Homeostasis vital 134
Homicida 79, 365
Homosexualismo 333
Homúnculo de Penfield 302
Hormonas 36, 327, 411
Huella de memoria 105, 106
Huida/lucha 130
Hume 157
Humor *Passim*
delirante 174

I

Idea *Passim*
abstracta 156
delirante primaria 146, 173, 177, 183, 405
culpa 177
megalomaniaca 179, 405
mística 182, 198, 405
persecutoria 181, 198, 405
ruina 178, 198, 405
tipo depresivo 73, 177
tipo paranoide 179
delirante secundaria 183, 405
en sí misma y aislada 193
Ideas
de muerte 85, 179
fijas 165

- fóbicas 169, 198
 - conductas fóbicas 170, 172
 - temas fóbicos 170
- mágicas 161
- obsesivas 167, 168, 408
- sobrevaloradas 72, 166, 407
- Identidad 67
 - del Yo 150, 253, 262
 - disociada 67, 68
 - sexual 343, 351
- Identificar las intenciones de otros 287
- Ideogramas 199
- Ilusión 54, 114, 164, 256, 405
 - de los sosias 114
- Imagen *Passim*
 - corporal *Passim*
 - de la realidad 141
 - del esquema corporal 147
 - mental 42, 106, 119, 131
 - mentales con significado emocional 38
 - oníricas 145, 312, 317, 322
 - probabilística de la realidad 141
 - visuales 41, 46, 199
- Imaginación 47, 56, 114, 232, 257
- Imaginativo 184, 402
- Imitación 25, 66, 200, 268, 287, 291, 292, 378, 379
- Impotencia 85, 345, 347, 351, 405
 - primaria 345
 - secundaria 345, 351
 - selectiva 345
- Impulsividad 308, 365, 366, 371, 408
- Impulso 36, 102, 134, 274, 346, 347, 365
 - eléctrico 36
- Impulsos irresistibles 364, 372, 405
- Incapacidad mental 249
- Incertidumbre 78, 79, 134, 185, 246
- Incesto 329, 330, 349
- Incoherencia 193, 195, 198, 218, 401, 405
- Inconsciente *Passim*
- Incontinencia afectiva 89, 94
- Incorregibilidad 173, 197

Indecisión reiterada 363
Indicadores verbales 200, 202
Indiferencia *Passim*
 afectiva 90, 92, 406
Información *Passim*
 elemental 60
 emocional 156
Ingenio 258
Inhibición *Passim*
 de la agresividad 290
 de la conducta 62
Inimputabilidad 249
Inmadurez emocional 247, 249, 251, 299
Inmunoendocrinológicas 132
Inputs 279, 280
Insight 135, 166, 254, 260, 261, 265, 384, 406
 crítico 135
Insomnio
 global 318
Insomnios 318, 322, 323
 conciliación 318
 intercalado 320, 323
 reconciliación 320, 323, 406
Inspiración 258
Instinto 25, 225, 256, 274, 288
Integración *Passim*
 de actos con expresión emocional 30
 funcional 133, 135
 neural dentro del tálamo 134
 perceptual 134
 sensorial 35, 141, 147, 313
Inteligencia *Passim*
 conceptual 232
 deterioro 231
 experiencia *Passim*
 expresión de la 226
 modelos de identificación 232, 257
 reflexiva 233
Inteligente *Passim*
Intención *Passim*

- de actuar en algún momento (futuro) dado 246
- Intencionales 287
- Intencionalidad 15, 16, 72, 77, 106, 158, 244, 267, 359
- Interacciones sociales 289
- Interconectividad 135
 - corticocortical 135
- Interdicción 249
- Interiorización cerebral de la motricidad 37
- Internalización de reglas 292
- Internet 26, 168, 293, 295, 336, 339, 413, 416
- Interpretación *Passim*
 - de la información sensorial 55
 - delirantes secundarias 196, 198
- Interpretación delirante 145, 176
- Interpretar 43, 60, 156, 360
- Introspección 130, 254, 258, 259, 260, 261, 265, 384, 406
- Intuición 245, 256, 261, 288
- Intuir 248
- Intuitivo 233, 246, 258
- Inversión de los ciclos 322
- Irritabilidad 82, 91, 361, 367, 403, 406

J

- Jamais vu 112, 113, 116, 407
- Juego *Passim*
 - compartido 232
 - compulsivo 296
 - objetal 232
 - patológico 294, 364
 - solitario 232
- Juicio *Passim*
 - debilitado 250, 251
 - de realidad 43, 161, 173, 243, 246, 247, 248, 250, 251, 383
 - evaluativos 156
 - insuficiente 249, 251
 - moral 139
- Justificación moral 139

K

- Kahlbaum 219

L

- Labilidad 94
 - afectiva 38, 406
 - emocional 89
- Latente 333
- Lazos sociales 45
- Lectoescritura 129, 221, 223, 232
- Lectura *Passim*
- Lenguaje *Passim*
 - corporal 63
 - de gramática compleja 136
 - escrito 207, 383
 - función apelativa del 204
 - hablado 63, 200, 206, 210
 - hablar como los indios 218
 - leído 206, 207
 - no verbal 200, 206
 - telegráfico 218
 - verbal 45, 63, 199, 202, 205, 206
- Lesiones primarias 132
- Ley de Ribot 102
- Libertad 244, 249, 271, 359, 371
 - de elección 244
 - interna 249, 359, 371
- Libre *Passim*
 - albedrío 359, 360
 - voluntad 244
- Límbicas 30, 39, 79, 269
- Límbicos 290
- Llibido 327, 346
- Lóbulo *Passim*
 - frontal 64, 65, 78, 96, 104, 130, 132, 211, 269, 289
 - parietal 55, 125, 129, 205
 - temporal *Passim*
- Locus coeruleus 77, 97, 314
- Logoclonia 209, 223, 402, 406
- Logorrea 193, 211, 223, 406, 408
- Lucidez 98, 320

M

Maduración *Passim*

Madurez emocional 247, 251, 359, 371

Manerismos 66

del lenguaje 217, 406

Manía *Passim*

Manipulación 202, 366, 378, 394

Mantenimiento estricto del orden 168

Mapa 18, 43, 72, 104, 105, 122, 134, 140

cognitivo 104, 105

cortical 134

de la corteza entera 134, 140

Mapa sensorial 72

Marcapaso 61

circadiano 120

Masoquismo 337, 338, 351, 406

Masturbación 184, 315, 326, 336, 351, 406

Mattson 290

Mecanismos de defensa 24, 69, 81, 109, 170, 389, 414

Medial 44, 79, 105, 142, 290

Meditación 253, 254, 281

Médula 30, 36, 78

espinal 36, 78

Memoria *Passim*

afectiva 268

autobiográfica 35

celular 103, 118

de trabajo 103

elemental 30

emocional 60, 79

explícita 103, 105, 106, 269

filogenética 22, 30, 103, 107

implícita 106, 269

referencial 103

Mente *Passim*

en blanco 192, 198, 406

propia 359

Mentira 287, 288, 289, 367, 416

patológica 288, 367

Mericismo 307, 309, 406

Metáfora 130, 165

Miedo *Passim*
al fracaso 251

Miembro fantasma 149, 154, 406

Mímica 63, 66, 200, 201, 221, 260, 298, 406
auditiva 201
comunicativa 63
mimetismo 201
visual 201

Mitomanía 296

Modalidad cognitiva esquizofreniforme 175, 383

Modelos 18, 25, 123, 135, 148, 225, 232, 234, 257, 122, 394
cognitivos 18, 135
de realidad 225
neurales 123

Moldeamiento social y cultural 30

Moralidad 31, 142

Morselli 148

Motivación *Passim*

Motor *Passim*
de la acción 267
de la vida psicológica 75

Motricidad *Passim*

Movimiento *Passim*
coordinado 36
dirigido 29
traslacionalmente activo 36

Movimiento organizado 37, 59, 60

Múltiples analogías 60

Mundo *Passim*
externo *Passim*
interno 119, 131, 253, 259, 261, 262, 407

Música 45, 262, 288

Musicoterapia 45

Musitación 219, 223, 406

Mutismo 214, 223, 290, 401, 406
por inhibición 214, 406
por oposición 214, 406

N

Nabokov 264

Necrofilia 335, 406

Neocórtex 129, 134, 135, 142, 153, 267, 288
Neocorticalización 31
Neologismos 219
Neurodesarrollo 132
Neurología 28, 45, 263, 264
 de los síndromes psiquiátricos 28
Neurólogo 22, 41, 55, 125, 153, 158, 241, 245, 263, 381
Neuromoduladores 36, 120, 411
Neuronas *Passim*
 espejo 45, 91, 147, 287, 290
 piramidales 96
Neuroplasticidad 36, 230
Neuroticismo 249, 361, 367, 370
Neurotransmisión 38, 132
 cerebral 132
 neurotransmisores 36, 82, 268, 270, 411
Neurovegetativa 71
Ninfomanía 348, 351, 407
Normas explícitas e iguales 287
No Yo 123, 141, 146, 151, 389, 390
Núcleo *Passim*
 caudado 64, 205, 290, 364
 de la oliva inferior 62
 del rafé 314
 del tallo cerebral 134
 supraquiasmático 120, 314
 TDM 134
 vestibular 258

O

Objeto *Passim*
 de los deseos amorosos 184
 sexual 333, 351
Obnubilación 144, 154, 405, 407
Observación del paciente 55, 67, 153
Obsesiones 38, 168
Odio 71, 81, 90
Oído 52, 112, 203, 210
Ojos 46, 313
Olfato 41, 43, 44, 47, 256
Oligofrenia 234, 238, 407

Olvido 102, 106, 110
Omnipotencia 179, 405
Onanismo 326
Onirismo 145, 401
Oposición negativista 65, 68, 407
Oral 302, 341, 407
Oralismo 341, 342, 351, 401, 403, 407
 cunnilingus 341
 fellatio 341, 403
Organización *Passim*
 del tiempo 121
 secuencial de la conducta 136
 social 287
Organizador del psiquismo 302
Orgullo 71, 77, 80
Orientación *Passim*
 alopsíquica 118, 122, 125
 autopsíquica 118, 123, 125, 400
 en el espacio 118
 en el tiempo 118
 flecha psicológica del tiempo 105, 118
 percepción del espacio 125
 vivencia de percepción del paso del tiempo 124
Origen patológico 173, 197, 405
Originalidad 135
Oxitocina 78

P

PAF 61, 77, 78, 205, 258
Paidofilia 334, 351, 407
Palabras *Passim*
 para designar objetos 206
 para representar acciones 206
Palilalia 216, 223, 407
Parafilias 364
Paramimias 221
Paramnesias 110, 116
Paranoia 183, 414
Paranoico 183, 184, 402
Pararrespuestas 195
Parasintaxis 218

Parcialmente conscientes 249
Pasado *Passim*
Pasa el tiempo 105, 118
Pasión 72, 81, 257, 275, 407
Patrones *Passim*
 de formación 281
 de reconocimiento 129
 intrínsecos internos 38
 premotores 37
Pavor 88, 94, 407
Peanuts 83
Pensamiento *Passim*
 abstracto 158, 159, 160, 161, 199
 autístico 164, 165, 407
 concreto 158, 159, 161, 165, 407
 divergente 259
 ideas mágicas 161
 intrusivo 72
 origen mágico 161
 origen normal 161
 primitivo 155
Pensar *Passim*
Péptidos moduladores 77
Percepción *Passim*
 categorial 280
 de la realidad 46, 119, 121, 401
 delirante 177
 del tiempo 124, 257
 ejecución 147
 emocional 71
 imágenes sensomotoras 36, 37, 42
 interior 134, 140
 interna 225
 percepciones *Passim*
 representación del mundo externo 42
Perfeccionismo 168, 366
Período prelingüístico 202, 203
Perseveración 65, 195, 198, 407
Personalidad *Passim*
 epilépticos 85, 249, 367, 372, 399, 408
 esquizoides 291, 366, 372, 408

fóbicos 170, 366, 408
histriónicos 305, 366, 408
obsesiva 168, 361, 408
obsesivos compulsivos 366
paranoides 51, 367, 408
psicopáticos 154, 367, 399, 408
rasgos de 286, 356, 361, 368, 380
sin medir las consecuencias 362
Pesadillas 318, 323
Pictogramas 199
Piel *Passim*
Piromanía 364
Plasticidad neuronal 18, 230, 281
Pobre control de impulsos 249, 299
Polidipsia 306, 309, 407
Porte y la actitud 295, 300
Potomanía 306, 309, 407
Práctica sexual 337, 338, 351
Predicción 31, 36, 41, 59, 119, 122, 141, 248, 359
Prefrontal *Passim*
Prejuicio 247, 249
Premeditación 364
Prepara la acción 60
Prerrequisito 37, 38, 60, 123, 134, 140, 158, 281
Principio *Passim*
del placer 25, 155, 261, 273, 284
de realidad 25, 38, 157, 241, 242, 261, 273, 284, 383
de rendimiento 135
morales 139
Proactiva 135
Problemas cognitivos 129
Procesos *Passim*
cognitivos asociados al manejo cerebral de la novedad 259
deformación del recuerdo 407
demenciales 236, 251
de socialización 232, 286, 367
sensoriales 140
Productos del intelecto 31, 229
Promiscuidad 342, 351
Propio *Passim*
cuerpo *Passim*

objeto 206
psiquismo 25, 150, 179, 405
Prosodia 45, 130, 200, 201, 205
Prosopagnosia 55
Prospección 256, 258, 260, 265, 384, 385, 407
Proust 264
Proyección sensorial primaria 280
Prueba de realidad 47, 79, 257
Pseudoalucinación 53, 56, 407
Pseudoaproxexia 99, 100, 404
Psicomotricidad 62, 231
Psicopatía 294
Psicopatología *Passim*
 de las relaciones interpersonales y sociales 295
 individuales 295
 y enfermedades o disfunciones del cerebro 375
Psicosis 125, 135, 158, 175, 195, 322, 346, 366, 367, 414
Pudor 293, 363

Q

Querer 74, 80, 183, 358, 371

R

Rabia 71, 74, 78, 81, 94, 290, 291
Raciocinio 241, 242, 243, 245, 246, 247, 248, 250
Rápida y adaptativa 71
Rasgo 154, 255, 363, 367, 370, 384
 de personalidad 154, 255
 temperamental 370
Razón lógica 242, 250
Reacción *Passim*
 adulta y emocionalmente madura 273
 instintiva 273
 químicas 36
Reactiva 73, 82, 135, 390, 398, 399, 402
Realidad *Passim*
 objetiva 66, 157, 256, 264
Rechazo selectivo de alimentos 307, 309
Reconfigurar 123
Reconocimiento *Passim*
 auditivo de las personas 196

de nombres 129
del propio cuerpo 146
facial 44, 129
visual 196
Recuerdo *Passim*
Recuperación del recuerdo 114
Red neuronal cortical 140
Reflexión 85, 143, 249, 364
Refranes 250
Región 78, 104, 105, 141, 290, 302, 363, 404
 bulboprotuberancial 302
 de Brodmann 78
 ejecutiva anterior 290
Registro 30, 35, 120, 121, 131, 141, 142
 de acontecimientos 121
 e identificar rostros 44
Relaciones *Passim*
 causales “if then” 136
 objetales 302
Relaciones sociales 288, 289, 366
Reloj biológico 117, 122
Rencor 291
Repetición *Passim*
Representación *Passim*
 delirante 177
 interna del futuro 123
Representaciones 31, 60, 141, 157, 206, 233, 259
 internas de los estados mentales de los otros 141
 internas de los propios estados mentales 141
Represión 291, 293, 312, 332, 390
 inconsciente 312
Reproche 50, 291, 385, 397
Resaltar emociones 45
Resentimiento 81, 105, 385
Resistencia 144, 149, 291
Responde a estímulos ambientales 359
Responsabilidad 213, 244, 289, 359, 360, 361, 362
Retardo mental 234, 237, 249, 380, 408
Ribot 90, 102
Rinencéfalo 62, 77
Ritmo circadiano 118, 311

Rituales compulsivos 167
Rumiación 72
Rutina conyugal 330

S

Sabiduría 81, 207, 243, 281, 291, 422
Sacudidas mioclónicas 317
Sadismo 337, 351, 408
Sarcasmo 130
Satiriasis 347, 351, 408
Schulz 83, 420
Secuencia 17, 37, 38, 43, 63, 210, 264
Sed 25, 269, 301, 302, 306, 407
Self 122, 140, 145, 148, 253, 258, 261, 262, 268, 411
Semiológico 82, 329
Sensaciones 25, 46, 51, 78, 81, 139, 302, 311, 312
 placenteras 81
Sensibilidad 143, 178, 258, 301, 302, 306
Sensopercepción 42, 43, 49, 53, 54, 55, 226, 237, 383, 400
Sentimientos *Passim*
Septum 78, 290
Serenidad 291, 368
Sexo *Passim*
 genético 325
 psicológico 325
 somático 325, 327
Sexualidad *Passim*
 estructura neurótica 330, 346
 estructura psicopática 332
 estructura psicótica 333, 335
Shostakóvich 264
Significado *Passim*
 de palabras que denotan objetos 206
 no literales del discurso 130
 para cada palabra 205
Signos 13, 56, 93, 153, 158, 238, 251, 318, 408
 de la alteración de la imagen corporal 153
 de la desrealización 113, 153
 del espejo 150, 153, 408

Silencio 85, 200, 291, 394
Simbolización *Passim*
Simetría 168
Sí mismo *Passim*
Simulación 294
Sin depresión 64, 82
Síndrome *Passim*
 amotivacional 39, 271, 275
 confusional 125, 145, 154, 402, 405
 confuso-onírico 145, 154, 401
 de Asperger 205
 de Automatismo Mental 177
 de Capgras 113
 de Cotard 51, 179
 de Ganser 195
 de hipervigilancia 144, 154, 404
 de hipovigilancia 144, 154
 de Kluber-Bucy 77
 de Korsakoff 109
 de Parkinson 61, 271
 de Tourette 61
 disociativo 67
 frontal 363
 orbitofrontal 142
Síntoma *Passim*
 fundamental 89, 90
 negativos 64
Sistema *Passim*
 automático, rápido y reflejo 138
 complejos estables 359
 de despertar 38, 315
 de gratificación, premio y recompensa 291
 de valores 139, 269, 270, 271, 287, 361
 límbico 30, 45, 77, 104, 231, 268, 303
 nervioso *Passim*
 nervioso central 21, 29, 117, 355, 360
 nervioso simple 29
 neuronal sensorial especializado 35
 olivo cerebeloso 37, 62
 reticular 142, 268, 315
 sensoriales particulares 55

- simbólico 281, 360
- tálamo cortical 119, 120, 140, 312
- Socialización *Passim*
- Socialmente inteligente 293
- Sociopatía 289, 290, 361
- Soliloquio 220, 223, 408
- Somatognosias 55
- Somatosensorial 35, 36
- Somnolencia 37, 124, 144
- Sonambulismo 318, 323, 408
- Sonidos *Passim*
- Sonrisa 66, 217, 291, 348, 378
- Striatum 121, 269
- Subjetividad 47, 119, 147, 253, 259, 260, 262, 264, 265
- Sudor emocional 78
- Sueño *Passim*
 - conductas específicas del dormir 311
 - contexto del sueño 311
 - elaboración secundaria de los sueños 312
 - lento 313, 314, 315, 318
 - rápido 313, 314, 315
 - rituales 315, 321, 322, 385
- Sufrimiento *Passim*
- Suicida 85, 126, 305, 365
- Suicidio 26, 85, 286, 380
- Supervivencia *Passim*
- Sustancia 38, 46, 78, 205, 230, 295
 - blanca 46, 205, 230, 295
 - gris 78, 230
 - reticular activadora 38
- Synesthesia 48

T

- Táctil 58
- Tacto 42, 44, 45, 47, 55
- Tálamo *Passim*
- Talento creador 258
- Tallo cerebral 37, 38, 134, 142, 315
- Taquilalia 64, 211, 406, 408
- Taquipsiquia 64, 76, 82, 193, 198, 408
- Tartamudez 208, 403

Tecnología 48, 49
Temblores 66, 68
Temor *Passim*
Temores *Passim*
 infundados a la obesidad 308
Temporales 39, 96, 118, 135, 142, 312
Temporalidad 62, 124, 262
Tercer ojo 43
Terror 88, 94, 151, 408, 409
Terrores nocturnos 318, 323
Tics complejos 168
Tiempo *Passim*
 subjetivo 124
Tipo de personalidad 249, 357
Tolkien 258
Toma de decisiones 136, 141, 245, 246, 247, 248, 249, 251, 262, 363
Tono de los estímulos *Passim*
Tono emocional 129, 130, 205
Torpeza 239
Transexualismo 343, 351, 409
Trastornos *Passim*
 de conversión 375
 disociativos 67, 68, 135
 obsesivo compulsivo 39, 368
Travestismo 344, 351
Tristeza patológica 82, 84, 94, 409

U

Ubicación espacial 122
Unidades funcionales 129
Unidad perceptual 119, 253
Uretralismo 342, 351, 409

V

Valor 147, 156, 157, 161, 167, 249, 257, 261, 394
 estético 147
 social 147
Valoración psicopatológica 153
Valores *Passim*
Ventral 36, 96, 97, 268
Verbigeración 219, 409

Verdad *Passim*
 absoluta 157, 173
Vergüenza 261, 293, 385
Vermis cerebelar 97
Viajar en el tiempo 122
Vida *Passim*
 íntima 294
Vida cotidiana *Passim*
Vigilia *Passim*
Violación 329, 330, 367, 408
Violencia 46, 284, 285, 290, 293, 296, 385, 385, 399, 409
Visión *Passim*
 de futuro 119, 265
 panorámicas 107
Visual 55, 58, 102, 129, 196, 201, 205, 400
Vivencia *Passim*
 de la realidad 161
 delirante de pérdida 177
Vivencia delirante 177
Vocalizaciones asociadas a la expresión de los estados emocionales 290
Volición 63, 66, 244, 361, 371
Voluntad *Passim*
 acto o fuerza de voluntad 358
Voluntaria *Passim*
Voyerismo 338, 339, 351, 409

W

Wernike 166

Y

Yo *Passim*

Z

Zoofilia 335, 351, 409

ESTE LIBRO SE TERMINÓ DE IMPRIMIR
EN LOS TALLERES DE JAVEGRAF EN BOGOTÁ D.C.
EN EL MES DE DICIEMBRE DE 2013.
FUE COMPUESTO CON CARACTERES
BERKELEY OLDSTYLE BOOK Y FUTURA.



Esta nueva edición de *Psicopatología básica* abarca en forma didáctica los conocimientos de esta ciencia del funcionamiento psicológico, en los aspectos patológicos de la conducta del ser humano. Este texto es un aporte a la comprensión, a la luz del conocimiento actual, de conceptos psicopatológicos que intentan reiterar que el psiquismo humano, producto de una sofisticada evolución, funciona de una manera unitaria, global, profunda y compleja. Aún en la anomalía el psiquismo no es una máquina productora de simples síntomas, y la manifestación de su funcionamiento unitario se expresa a través de la conducta humana.

