

**Asociación de Psicopatología
y Psicoanálisis de Sevilla**

JOSÉ MANUEL GARCÍA ARROYO

PSICOLOGÍA MÉDICA

PARTE II: FUNCIONES PSÍQUICAS Y PSICOPATOLOGÍA



El presente libro ha recibido la MENCIÓN DE HONOR
del Grupo de Investigación para la Salud en Ciencias Humana (IPSUM)

Psicología Médica. Parte II: Funciones Psíquicas y Psicopatología

José Manuel García Arroyo

Editado por la Asociación de Psicopatología y Psicoanálisis de Sevilla

Luis Montoto, 83 – 3º C

41018 Sevilla (España)

luysa.dl@gmail.com

ISBN: 978-84-09-36803-7

Depósito Legal: SE-707-21

Diseño, maquetación e impresión: Gabella Artes Gráficas.

Impreso en España. Printed in Spain.

Reservados todos los derechos.

Queda rigurosamente prohibido, sin la autorización escrita de los titulares del copyright, bajo las sanciones establecidas en la ley, la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, incluidos la reprografía y el tratamiento informático, así como la distribución de ejemplares mediante alquiler o préstamo público.

La mente es igual que un paracaídas, solo funciona si se abre.

ALBERT EINSTEIN

Uno no es lo que es por lo que escribe, sino por lo que ha leído.

JORGE LUIS BORGES

Para mí tía Concha en el día de su Santo, con un recuerdo emocionado en agradecimiento a su labor.

INDICE.

Presentación.

SEGUNDA PARTE: FUNCIONES PSÍQUICAS Y PSICOPATOLOGÍA.

Capítulo 4º. Psicología y psicopatología de la percepción.

4.1. Introducción a las funciones cognitivas.

4.2. Psicología de la percepción.

4.2.1. Concepto de percepción.

4.2.2. Etapas de la percepción.

A) Proceso sensorial.

B) Proceso perceptivo.

4.3. Psicopatología de la percepción.

4.3.1. Trastornos de las sensaciones (o de la intensidad).

A) Hiperestésias.

B) Hipoestésias.

4.3.2. Trastornos de la integración.

A) Distorsiones formales.

B) Escisiones perceptivas.

C) Aglutinaciones perceptivas.

4.3.3. Trastornos de la incorporación.

A) Extrañabilidad.

B) Entrañabilidad.

4.3.4. Trastornos de la fidelidad.

A) Con objeto: ilusiones.

B) Sin objeto: pseudopercepciones.

Capítulo 5º. Psicología y psicopatología de la conciencia y atención.

5.1. Psicología de la conciencia.

5.1.1. Concepto de conciencia.

5.1.2. Factores de la conciencia.

- A) La luz.
- B) El tono.

5.2. Psicología de la atención.

5.3. Psicopatología de la conciencia.

5.3.1. Trastornos de la luminosidad.

- A) Estado crepuscular psicógeno.
- B) Obnubilación.
- C) Estados superlúcidos o de clarividencia.

5.3.2. Trastornos del tono.

- A) Afectación de la ordenación de funciones.
- B) Afectación de la síntesis yoica.

5.4. Psicopatología de la atención.

Capítulo 6º. Psicología y psicopatología de la memoria.

6.1. Psicología de la memoria.

6.1.1. Concepto de memoria.

6.1.2. Procesos de la memoria.

- A) Rememoración.
 - A.1) Fijación.
 - A.2) Conservación.
 - A.3) Evocación.
- B) Reconocimiento.
- C) Olvido.

6.2. Psicopatología de la memoria.

6.2.1. Trastornos de la rememoración.

- A) Hipermnesias.
- B) Hipomnesias.

B.1. Selectivas o alomnesias.

B.2. .Generalizadas o amnesias/dismnesias.

6.2.2. Trastornos del reconocimiento.

A) De lo evocado.

B) De lo percibido.

6.3.3. Trastornos del olvido.

Capítulo 7º. Psicología y psicopatología del pensamiento.

7.1. Psicología del pensamiento.

7.1.1. Concepto de pensamiento.

7.1.2. Procesos del pensamiento.

A) Creación de conceptos.

B) Formación de juicios.

C) Deducción de conclusiones o razonamiento.

D) Propiedad del pensamiento.

7.2. Psicopatología del pensamiento.

7.2.1. Trastornos del concepto.

A) Alogias.

B) Paralogias.

C) Neologias.

7.2.2. Trastornos del juicio.

A) Modalidad de la duda: ideas obsesivas.

B) Modalidad de la certeza: ideas delirantes.

7.2.3. Trastornos del razonamiento (o forma del pensamiento).

A) Pensamiento lentificado/inhibido.

B) Pensamiento perseverante.

C) Pensamiento divagatorio.

D) Pensamiento fugitivo (o acelerado).

E) Pensamiento incoherente.

F) Pensamiento prolijo.

G) Pensamiento disgregado.

7.2.4. Trastornos de la propiedad del pensamiento.

A) De la voluntariedad: mentismo.

B) De la privaticidad: intervención del pensamiento.

7.3. Psicología y psicopatología del lenguaje.

7.3.1. Psicología del lenguaje.

7.3.2. Psicopatología del lenguaje.

A) Trastornos de la emisión.

B) Trastornos del ritmo.

C) Trastornos iterativos.

D) Trastornos de la significación.

E) Las afasias.

Capítulo 8º. Psicología y psicopatología de la afectividad.

8.1. Psicología de la afectividad.

8.2. Psicopatología de la afectividad.

8.2.1. Trastornos del estado de ánimo o humor.

A) Distimias.

B) Neotimias.

8.2.2. Trastornos de la respuesta afectiva.

Capítulo 9º. La ansiedad.

9.1. Introducción histórica.

9.2. La ansiedad como síntoma.

9.2.1. La forma aguda: angustia.

9.2.2. La forma crónica: ansiedad.

9.3. La ansiedad como síndrome.

9.4. La ansiedad como enfermedad.

9.4.1. La ansiedad primaria.

9.4.2. La ansiedad secundaria.

9.5. Fundamentos de la ansiedad.

9.5.1. Biológicos.

9.5.2. Psicológicos.

Capítulo 10º. La motivación.

10.1. Concepto de motivación.

10.2. Los impulsos.

10.2.1. ¿Qué es un impulso?

10.2.2. Componentes de la pulsión.

10.2.3. Tipos de impulsos.

A) La agresividad.

B) La sexualidad.

PRESENTACIÓN.

En el primer libro de Psicología Médica se definieron el objeto de estudio de esta disciplina y sus objetivos (cap. 1º), las escuelas más importantes que han propuesto modelos de utilidad en el momento presente (cap. 2º) y un nuevo paradigma que ha entrado de lleno en la Medicina: el biopsicosocial. Ahora es el momento de continuar la labor formativa iniciada abordando las “funciones psicológicas”.

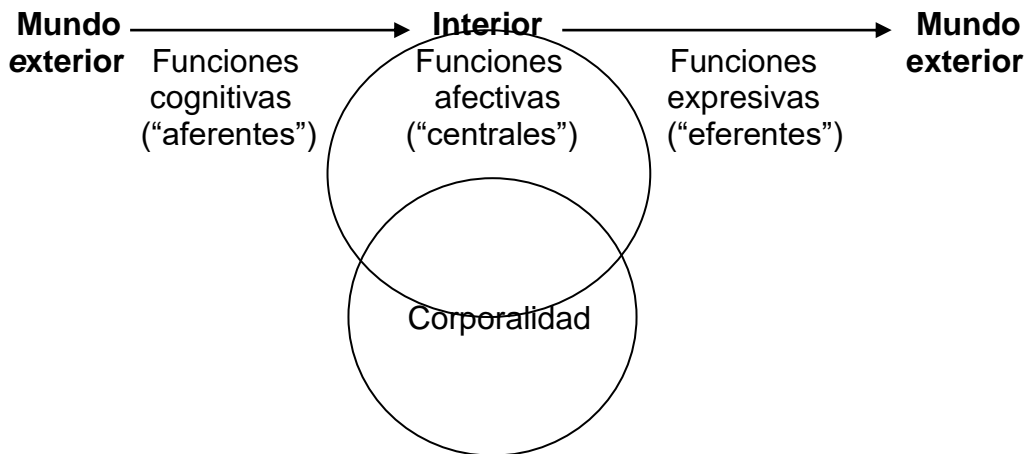
Estas tienen un largo recorrido histórico, solo basta con recordar cuáles eran las tres “potencias de alma” que definió Aristóteles: memoria, entendimiento y voluntad. Ahora que la Psicología no trata del alma, ni de las relaciones de esta con el cuerpo, se ha evolucionado bastante en la concepción de las funciones psicológicas. Pero, una pregunta ronda nuestras cabezas: ¿por qué el médico tiene que conocer las funciones psicológicas? La respuesta es doble:

1º) En sí mismas constituyen la sustancia de la Psicología General, de manera que su conocimiento permite su aplicación posterior a distintos contenidos relacionados con la salud, como es el caso del dolor, las conductas de enfermedad, la entrevista psicológica, el sufrimiento, etc. Costaría mucho trabajo entender cualquiera de estos asuntos sin haber abordado previamente las funciones psicológicas; de este modo, se convierten en la base sobre la que organizar otros temas complejos. De esta manera, sería imposible saber qué es la sensación dolorosa sin saber los mecanismos de la sensopercepción o plantear como un paciente interpreta la enfermedad que padece sin conocer cómo opera el pensamiento.

2º) Permiten la entrada en el territorio de la Psicopatología. El profesional de la Medicina debe contar con algunas nociones sobre esta materia dado que, a lo largo de su trayectoria profesional, va a encontrarse con muchos individuos, algunos de los cuáles van a presentar síntomas psíquicos y otros son enfermos mentales diagnosticados. Pues bien, la Psicopatología no puede concebirse sin unas nociones previas acerca de las funciones psíquicas, dado que existe una relación directa entre el síntoma psíquico y la función correspondiente; a título de ejemplo: las alucinaciones se incluyen en los trastornos de la percepción y, para comprenderlas bien, hace falta conocer las características de esta última; análogamente, para profundizar en las amnesias es necesario abordar los mecanismos de la memoria. Hasta puede establecerse un continuo entre una función “normal” y las alteraciones asociadas a ella.

La orientación que va a seguirse en este nuevo texto establece un orden lógico, que comienza con cómo se produce la captación del mundo exterior, fenómeno en el que participan las llamadas “funciones cognitivas” y su dirección es de fuera a dentro. Después, pasamos a abordar cómo vivimos o experimentamos la realidad captada y la referencia entonces serán las funciones

afectivas, que son centrales en el esquema trazado. Finalmente, la dirección a tomar será de dentro a fuera, ya que van a considerarse las “funciones expresivas”. El esquema no queda completo si no se añade un nuevo asunto de gran interés para el médico: la “corporalidad”. Si atendemos al siguiente esquema, pueden verse con claridad las relaciones de la afectividad con la corporalidad; estas se muestran con solo observar las conexiones entre el estado de ánimo y aquella; de este modo, los pacientes depresivos no pueden “tirar de su cuerpo”, mientras que los maníacos presentan movimientos ágiles y una gran hiperactividad.



Véase que seguimos con la misma filosofía que se emprendió en el libro precedente: crear un saber escalonado que transcurre desde lo más elemental a lo más complejo; solo así pueden adquirirse los conceptos en Psicología Médica.

Después de la buena acogida que ha tenido el primer volumen de esta colección por parte del alumnado de la Facultad de Medicina de Sevilla, esperamos que ocurra lo mismo con este segundo. Para terminar esta Presentación, no queremos dejar pasar la ocasión para agradecer a la Junta Directiva del Grupo de Investigación para la Salud en Ciencias Humanas (grupo IPSUM) la consideración que está teniendo con estos textos al otorgarles la Mención de Honor.

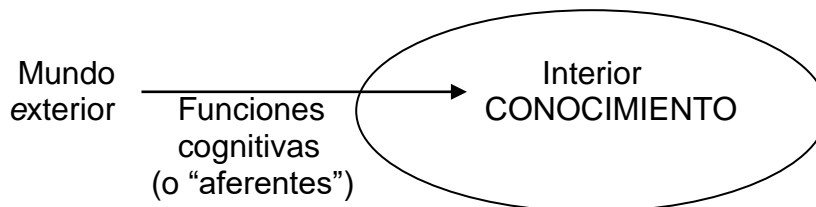
**SEGUNDA PARTE: FUNCIONES PSÍQUICAS
Y PSICOPATOLOGÍA**

Capítulo 4º. Psicología y psicopatología de la percepción.

4.1. Introducción a las funciones cognitivas.

En los próximos capítulos se estudiarán las funciones psicológicas que se denominan “cognitivas”, debido a que producen un conocimiento del mundo que nos rodea y sin el cual no podríamos vivir (p. ej. para evitar los peligros, relacionarnos adecuadamente con los demás, conseguir alimento, etc.). También se denominan “aferentes” ya que van desde el “exterior” al “interior” y se consideran la puerta de entrada de la información al aparato psíquico y el consiguiente manejo de la misma.

Sucesivamente van a tratarse las siguientes funciones cognitivas: percepción, conciencia, memoria y pensamiento. A cada una ellas añadiremos los correspondientes trastornos (psicopatología).



4.2. Psicología de la percepción.

4.2.1. Concepto de percepción. Se trata de aquella función que pone en relación la conciencia con el espacio exterior de manera que, mediante ella, podemos captar los distintos objetos que lo componen. Es la primera operación psicológica que hacemos en relación al mundo nos rodea, para poder registrarlo adecuadamente.

En ella el sujeto no es un receptor pasivo de las impresiones sensoriales, sino que selecciona y organiza la información, tratándose, por lo tanto, de un proceso constructivo. En este sentido, la percepción es capaz de filtrar la información excesiva procedente del mundo, ya que tal aflujo podría llegar colapsar los procesos subjetivos (p. ej. alguien que me pregunta algo, al tiempo que se escucha un altavoz anunciando un producto, mientras existen delante de nosotros seis o siete carteles luminosos); por consiguiente, esta selección resulta protectora para el aparato psíquico.

OBJETOS —————> PERCEPCIÓN —————> CONCIENCIA

4.2.2. Etapas de la percepción.

A) Proceso sensorial. Parte de la activación de los distintos receptores sensoriales, ubicados en los órganos de los sentidos (vista, oído, gusto, olfato,...) y en la piel (tacto, temperatura, presión, vibración,...), llegando a producir

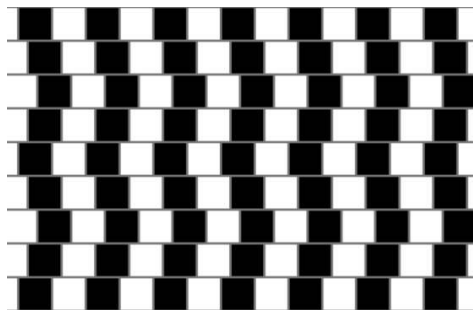
diferentes sensaciones. Para ello hace falta que se transformen los estímulos físicos en señales neuronales y que viajen hasta el sistema nervioso central.

Ahora bien, las sensaciones no pueden permanecer aisladas entre sí, sino que tienen que unirse para formar una copia lo más adecuada posible del objeto captado; este fenómeno se denomina: “integración” o “grado formativo” de Kretschmer (1). Curiosamente el objeto, que es unitario, se descompone en diferentes sensaciones (visual, auditiva, táctil, olfativa, etc.), dado que los receptores son independientes y luego, se recompone en una percepción unitaria. El fenómeno es como sigue:

Objeto → Desintegración (sensaciones) → Integración → Percepción unitaria

Este fenómeno es parecido a lo que ocurre cuando comemos un filete. Las proteínas del vacuno no se pueden integrar directamente en las nuestras, por el contrario, hay que descomponer el filete en aminoácidos y estos, más tarde, utilizarlos para formar nuestras propias proteínas. Análogamente, un objeto no puede ser captado como tal directamente, hay que descomponerlo en sensaciones para luego integrarlas.

Esta síntesis sensorial no es perfecta, lo que justifica la presencia de las llamadas “ilusiones ópticas”. En la figura siguiente se presenta una de estas ilusiones más conocidas, en la que las líneas paralelas no parecen tales.



B) Proceso perceptivo. El resultado final consiste en la obtención de una imagen perceptiva (Ip), pero es importante reparar en los siguientes hechos:

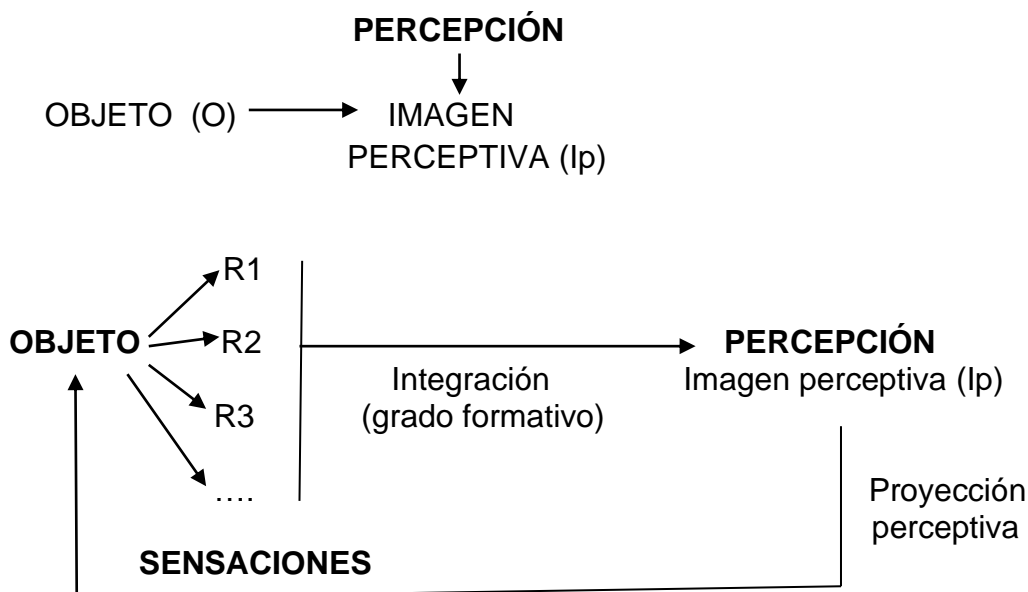
-A pesar de conformarse en el interior del aparato psíquico, la Ip no se capta como “interna” sino que se experimenta en el espacio exterior solapada por completo al objeto percibido. A este fenómeno se le denomina “proyección perceptiva”.

-Tiene que existir una relación más o menos directa entre el objeto (O) y la imagen percibida (Ip); la coincidencia entre ambos se llama “fidelidad perceptiva”. En tal caso, se cumple que:

$$O = Ip.$$

Cualquier alteración de esta equivalencia da lugar a alteraciones de la percepción, como veremos que sucede con las “ilusiones” o con las “alucinaciones”.

-Cualquier percepción se acompaña de una tonalidad afectiva, por eso hacemos una apropiación de la misma (la acogemos, la rechazamos, la buscamos o la evitamos). A este fenómeno se le llama “incorporación perceptiva” e implica la existencia de: a) objetos que resultan familiares, capaces de provocar la impresión de algo entrañable e íntimo y los buscamos activamente, mientras que su privación provoca tristeza pero, también b) es posible que el objeto resulte extraño o ajeno, en cuyo caso su presencia provoca incomodidad y se intenta evitar. A los primeros los hacemos nuestros y se incorporan a nuestro yo por medio de la percepción, de ahí que utilicemos con ellos el posesivo “mi” (mi casa, mi Facultad, mi madre, mi amigo Pepe, etc.); a esta propiedad se le denomina “miocidad” (2). Cuidado, porque no quiere decir que la Facultad de Medicina sea “mía” porque es de todos (o del Estado, como se prefiera), sino que yo “la siento mía” o hago como que “es mía” y, en la conversación habitual, actúo como si lo fuera (p. ej. mi madre no es mía y, aunque lo sé, sigo diciendo “mi madre”).



4.3. Psicopatología de la percepción.

Al estudiar la psicopatología de la percepción, tendremos que considerar cada uno de los elementos que la componen, dado que pueden trastornarse. Consideramos pues, los siguientes posibles alteraciones (3): a) de las sensaciones (o de la intensidad), b) de la integración (cómo las sensaciones se unen en una única Ip), c) de la incorporación (familiaridad o cercanía afectiva del material percibido) y d) de la fidelidad (equivalencia entre el O y la Ip). Pasamos al abordaje de cada uno de estos capítulos:

4.3.1. Trastornos de las sensaciones (o de la intensidad). Las alteraciones que se presentan seguidamente suelen ser neurológicas u originarse en un trastorno de los receptores sensoriales y se estudian en Neurología y en Medicina Interna. No obstante, existen circunstancias en las que su origen es psicopatológico y son estas las que más nos interesan aquí.

A) Hiperestesias. Consiste en el aumento de la intensidad perceptiva (p. ej. la luz provoca un deslumbramiento, los colores se perciben más intensos, el cierre de una puerta se percibe como un cañonazo, etc.). Se produce en el consumo de drogas (p. ej. mescalina, LSD), aura epiléptica, migrañas, ansiedad, estados de agotamiento, etc.

En la ansiedad (como veremos en el capítulo 10º) el paciente se encuentra sobrecargado, de ahí que no pueda con los estímulos que se le presentan, experimentándolos demasiado intensamente.

B) Hipoestesias. Es lo contrario de la anterior, esto es, una disminución de la intensidad perceptiva que puede llegar a la correspondiente anulación de las sensaciones, como es el caso de: la ceguera, la sordera, las anestесias, etc. De modo característico aparece en los choques emocionales intensos y en la histeria. Tienen la característica de no seguir la distribución nerviosa típica, según los troncos nerviosos; de ahí que sean típicas las “anestesia en guante” y “en calcetín”. Veamos un caso:

Una paciente de 42 años presenta un cuadro de hemianestesia del lado derecho. El neurólogo se ha dado cuenta de que “no es de su especialidad”, dado que la línea entre la parte anestesiada y la que conserva la sensibilidad (táctil, dolorosa, etc.) parece “hecha con una regla” y las hemianestесias con base orgánica no presentan esta disposición tan milimétrica. Así las cosas, la mujer acude a consultar y, tras varias sesiones, se descubre que su marido (es alcohólico y ella lo desprecia), duerme precisamente en ese lado de la cama. La paciente expresa con gran claridad: “con mi marido yo no quiero ni rozarme”; a través de este síntoma consigue lo que quiere aunque, eso sí, por vía patológica. El marido puede tocarla o acercársele de noche, en tanto ella no siente absolutamente nada.

4.3.2. Trastornos de la integración. Aquí hallamos tres subgrupos:

A) Distorsiones formales. Los objetos percibidos se deforman, lo que puede acontecer de distintas maneras:

-Dismorfopsia. Aún puede identificarse el objeto a pesar del cambio. En esta deformación, el objeto puede hacerse más grande (macropsia), más pequeños (micropsia) o incluso, alargarse y presentarse oblicuo (plagiopsia). La dismorfopsia tiene lugar en: alteraciones de conciencia (obnubilación), tal como se

da en los procesos febriles o en las intoxicaciones por drogas (psicodislépticos) y en epilepsias e infartos occipitales.

-Metamorfopsias. En esta alteración el objeto resulta irreconocible o se transforma en otro.

Una paciente, tras el consumo de una sustancia tóxica, al meterse en la cama contempla como la manga del chaquetón que está colgado en la percha, se convierte en una serpiente que se levanta amenazadoramente, distinguiéndose perfectamente la cabeza.

Tiene lugar en: los trastornos de la conciencia (onirismo), la intoxicación por alucinógenos y en la epilepsia.

B) Escisiones perceptivas. Aquí la imagen perceptiva se descompone en sus elementos sensoriales.

-Metacromia. Se escinde el color de la forma o cambia el color de los objetos percibidos (ej. contempla los rostros de las personas de color cobrizo). Veamos un caso:

Un paciente consumidor de sustancias tóxicas, contempla un pajarillo en su jaula; es un canario de intenso color amarillo. No lo percibe unitariamente, sino que por un lado aparece la forma y por otro el color, como dos elementos independientes. Véase que ambas sensaciones no se han integrado de una manera unitaria, permaneciendo separadas.

-Morfolisis. Aquí se desestructura completamente la imagen perceptiva (ej. las hojas del árbol aparecen como manchas verdes combinadas con otras azules del cielo).

Estos trastornos (tanto la metacromía, como la morfolisis) pueden aparecer en: la epilepsia, las intoxicaciones (mescalina, LSD), la patología del lóbulo temporal o la temporo-occipital.

C) Aglutinaciones perceptivas. Sucede en este caso lo contrario que en el anterior, pues se funden distintas cualidades sensoriales, pudiendo aparecer:

-Sinestesias. Las cualidades separadas pertenecen a campos sensoriales diferentes (“audiciones coloreadas”, “oler sonidos”, palabras que producen una fuerte sensación gustativa “como a caramelo”, etc.). Es un fenómeno que sucede en personas normales y también con el uso de drogas. Puede presentar una forma patológica, que es la “alucinación refleja” donde se muestran dos sensaciones independientes unidas:

Un esquizofrénico dice: “cuando alguien me habla me tengo que tapar los oídos porque, al mismo tiempo, siento un dolor terrible en la garganta.

Otro con el mismo diagnóstico, ingresado en el Hospital Virgen Macarena, indica: “cuando intento mover la pierna, siento el movimiento pero también escucho estruendos horribles que me dejan paralizados. Por eso, tengo que quedarme muy quieto”.

-Contaminaciones perceptivas. Las sensaciones asociadas, en este caso, son de la misma cualidad perceptiva, lo que diferencia este trastorno del anterior. Un caso particular es la “alucinación funcional”, típica de la esquizofrenia.

Una mujer esquizofrénica dice que el poner la lavadora escucha voces que la insultan y le dicen: puta, guarra, arrastrada,... En el momento en que desaparece el sonido de este electrodoméstico, también lo hacen las voces (alucinadas).

4.3.3. Trastornos de la incorporación.

A) Extrañabilidad. Se trata de la disminución de la relación afectiva con los contenidos perceptivos que, al resultar ajenos, pierden viveza y corporeidad. Aquí entra la llamada “desrealización”, en la que el paciente capta cómo el ambiente que le rodea ha cambiado, como si se tratase de una película y también la “despersonalización”, en la que el cambio se refiere a la propia persona. En esta última el/la paciente tiene que tocarse repetidas veces para saber que es él/ella. Ambos (desrealización y despersonalización) pueden aparecer en el estado de ansiedad, la depresión, la esquizofrenia y la epilepsia.

Un caso particular de despersonalización es la llamada “autoscopia” (o “alucinación autoscópica” y consistente en contemplar la propia imagen en el mundo exterior como si se tratase de un doble. Muchas experiencias místicas y de situaciones vitales críticas, en las que se produce un desdoblamiento, encajan bastante bien en este trastorno. La epilepsia temporal es muy pródiga su presentación, aunque también puede observarse en las lesiones parietales y en la esquizofrenia.

B) Entrañabilidad. Todo parece familiar y conocido para el sujeto que la experimenta y, en consecuencia, la distancia existencial se acorta. Se da en la manía, en la que el/la implicado/a se muestra con una extrema confianza con los demás, actuando con los desconocidos como si los conociera “de toda la vida”. También este fenómeno psicopatológico puede inundar el ambiente y aumentar la capacidad de sentir las percepciones, pudiendo transformarse el entorno en algo realmente evocador (p. ej. el sol luce incomparablemente hermoso).

Sabemos que el faraón Akenatón se cambió de nombre (en realidad era Amenhotep IV), por adorar el dios Sol (Atón), con el consiguiente enfado de los sacerdotes que adoptaron como divinidad a Amón. Fue el primero en proclamar en el Egipto antiguo un culto monoteísta y, cuando contemplaba el sol, lo sentía como si tuviera un contacto particular con él (incorporación

perceptiva del astro). En las estelas del periodo amarniense (de Tel-el-Amarna, su nueva capital a la que se trasladó desde Tebas) hallamos imágenes del sol de las que parten unas pequeñas manitas que se acercan al faraón y a su bella esposa Nefertiti y parecen acariciarlos suavemente. Es la representación plástica y maravillosamente tallada de sus experiencias subjetivas (conviene mirar las imágenes en internet).

4.3.4. Trastornos de la fidelidad. Aquí existe una falta de correspondencia entre el objeto (O) y la imagen percibida (Ip) y han sido descritos dos tipos básicos:

A) Con objeto: las ilusiones. Existe un objeto pero se encuentra deformado; es, por lo tanto, una percepción falseada del objeto, cuyo resultado es una mezcla de lo real y lo irreal. Cuidado porque la palabra “ilusión” es una de las más confusas de la Psicología ya que, para el vulgo, “ilusión” significa “estar esperanzado” pero, en nuestro contexto, se trata de un trastorno perceptivo. Puede formularse del siguiente modo:

$$O \neq Ip$$

Indica que la imagen perceptiva (Ip) es completamente distinta del objeto (O).

Existen varias maneras de presentarse:

-Inatención. Un engaño de los sentidos debido al cansancio, al agotamiento o a la monotonía de estímulos (ej. correctores de exámenes o de pruebas de imprenta). La información que llega es incompleta y el sujeto rellena lo que falta.

-Pareidolias. Son bastante comunes y consisten en percibir imágenes en un campo perceptivo vago o poco estructurado (desconchados de la pared, nubes, fuego, troncos de árboles, etc.); en tal caso, el sujeto le da una forma que no tiene en realidad. El test de Rorschach, consistente en registrar lo que sugieren al probando unas manchas de tinta, se basa en este fenómeno.

Cuando vamos en el avión solemos jugar a qué vemos en las nubes: tal vez un osito, el rostro de un vikingo o una nave espacial. Análogamente, cuando miramos un desconchado en la pared vemos mapas de distintos países.

Un ejemplo característico de pareidolia muy actual, se ha dado con la reciente salida del Gran Poder en misión a los barrios periféricos de la ciudad. Pues bien, una fotografía capta una nube con la cara del Cristo del Cachorro, una foto que se ha hecho viral en internet.

Las ilusiones pueden ser patológicas si la conciencia está confusa, como ocurre en el delirio febril.

-Catatímicas. Aparecen por influencia de la afectividad (miedo, pánico, deseo intenso, etc.). En la histeria se dan ilusiones visuales (caras terroríficas, figuras extravagantes, etc.) e interviene la sugestibilidad de la persona.

Una paciente de 19 años, muy unida a su madre, sale de noche para encontrarse con sus amigas. No encuentra taxi y tiene bastante miedo. De repente escucha pasos detrás de ella; vuelve la cabeza y ve a un hombre alto con un abrigo que la sigue. De nuevo se gira y observa que simplemente se trata de un buzón de correos. El miedo le ha hecho transformar el buzón (O) en un hombre que la sigue (Ip), por lo tanto, ambos elementos no coinciden.

-Oníricas. Se producen por enturbiamientos de la conciencia (se estudiarán en el próximo capítulo). En condiciones normales aparecen ante fatiga extrema o al despertar y patológicamente en los estados crepusculares y en el delirio onírico (ya hablaremos de estos trastornos).

b) Sin objeto: pseudopercepciones (o falsas percepciones). En conjunto pueden formularse como:

$$\phi = Ip$$

La ϕ evoca un lugar vacío de objeto y, sin embargo, se produce la Ip. Encontramos en la clínica varias posibilidades:

a) Imagen eidética (o eidetismo). Aparece en el espacio exterior tras la exposición a una imagen concreta y suele asociarse a la fantasía y a personas muy influenciables. Son corrientes las visiones de los santos que previamente han sido percibidos (p. ej. en una estampa), como le ocurrió a la siguiente paciente:

Una mujer de 52 años está sentada frente a su televisor. A su izquierda hay una pared blanca. De repente, mira hacia ese lugar y ve con toda claridad la imagen de la Virgen del Rocío. Cae de rodillas frente a la imagen, al tiempo que cree firmemente en la realidad de lo captado (quiere creérselo, más bien); a continuación la figura se desvanece. Preocupada, acude a consultar. Cuando se le pregunta al respecto, responde que la imagen es inmóvil, que la Virgen no parpadea, ni respira, que el niño no se mueve, etc. Ante la pregunta de si tiene en su casa alguna estampa parecida a la visión que ha tenido, responde afirmativamente. Días después, acude de nuevo a la consulta con la estampa diciendo que es la misma figura que vio en la pared y con los mismos colores. Se trata de fenómeno eidético en el contexto clínico de una histeria y es como si su mente funcionara como un proyector de diapositivas, de manera que la imagen que tiene dentro la

coloca fuera. En cuanto a la certidumbre de la experiencia es problemática pues, por un lado, quiere creer en la veracidad de la misma y, por otro, duda (p. ej. ¿cómo puede ser que el niño no se moviera, siendo tan pequeño?, no dijo ni una sola palabra y tendría que haber hablado algo, etc.). Para ella sería mejor que fuera cierta pues eso la colocaría en un lugar privilegiado (¡nada menos que la Virgen del Rocío se le presenta a ella y a nadie más!).

b) Alucinosis. La imagen perceptiva aquí se experimenta como irreal, existiendo en todo momento claridad de conciencia; es común que el paciente afirme que se trata de “un producto de su cerebro”. Suele ser de origen orgánico (alcoholismo, epilepsia, lesiones cerebrales, etc.).

Un paciente acudió a la consulta contando la siguiente experiencia: se encontraba en su despacho y de repente empezó a escuchar voces “como si fueran pitufos” en el interior de la lámpara. Cuando se asomó vio en el filamento incandescente de la bombilla una pareja pequeñita haciendo el amor. No se creyó en ningún momento que aquello fuera real. Al escuchar esta narración, envié al paciente directamente al hospital y las pruebas realizadas revelaron la presencia de un tumor cerebral parieto-occipital.

c) Pseudoalucinación. En este caso, las lp aparecen en el espacio interior y es dada como real. Los pacientes dicen que las captan directamente con la mente y no con los órganos sensoriales (“ojos internos”, “oídos del espíritu”, etc.). Pueden ser auditivas, visuales o cenestésicas. Se dan en la esquizofrenia (voces que hacen observaciones sobre el paciente, visiones fantasmales) y en la epilepsia. Veamos los siguientes ejemplos:

Una mujer diagnosticada de esquizofrenia, estando echada en el sofá de su casa, de repente vio en la cocina a su tío Manolo, que llevaba muerto 5 años. La experiencia fue muy emocionante para ella porque “lo quería muchísimo”. La imagen se presentaba transparente y podían observarse los muebles de la cocina a través de él. Era una figura luminosa, poco clara y en tono verdoso, pero creía firmemente en la existencia del “espectro”.

Un paciente esquizofrénico varón se refería a voces que se le metían en su cabeza para insultarlo y decían de él cosas terribles. No podía entender su procedencia, ni cómo esas voces llegaban a su cabeza pero eran completamente reales y se encontraba absolutamente convencido de su existencia.

Una paciente de 35 años, diagnosticada también de esquizofrenia ingresada en la Unidad de Agudos del Hospital, por las noches se agitaba y nadie sabía por qué, hasta que decidió contar lo que le sucedía. Sentía como una mano masculina se metía por las noches por detrás de sus clavículas y recorría su cuerpo por debajo de la piel. Si bien al principio no

sabía cuáles eran las intenciones, después ya supo que eran de naturaleza erótica; más concretamente, se trataba de un “abuso”. La mano iba recorriendo su cuerpo por dentro, acariciaba sus pechos internamente, hasta que, finalmente, pretendía llegar a sus órganos genitales y eso ya no podía consentirlo, entonces se ponía a gritar y ya la mano desaparecía. Se trata de una pseudoalucinación cenestésica.

d) Alucinación. Se ha definido como una percepción sin objeto. Aquí la experiencia perceptiva aparece en el espacio externo, como si se tratase de un objeto real y con un convencimiento absoluto. Puede presentarse en cualquier modalidad sensorial (auditivas, visuales, cenestésicas, gustativas, olfativas, etc.). Son normales en relación con el sueño, en los momentos de dormir o de despertar (p. ej. una figura humana atraviesa el dormitorio o alguien le tira de la pierna) o en momentos de aislamiento (p. ej. travesías marinas en soledad). Las auditivas de carácter patológico son características de la esquizofrenia (voces que dialogan), mientras que las visuales son más raras en esta última patología y, más bien, se asocian al consumo de sustancias o a trastornos de la conciencia (ver Capítulo 5º).

Un paciente de 23 años, escucha voces que le insultan estando solo; concretamente le dicen: “¡maricón! ¡eres un grandísimo maricón! En esos momentos se enfada porque “nadie tiene derecho a hablar mal de él y mucho menos insultarlo”. Intenta averiguar de dónde vienen, pero no tiene ni idea.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Kretschmer E. Psicología Médica. Barcelona: Labor, 1954.
2. Castilla del Pino C. Teoría de los sentimientos. Barcelona: Tusquets, 2000.
3. Rojo Sierra M. Psicología y psicopatología de la percepción, memoria y fantasía. Barcelona: Eunibar, 1980.

Capítulo 5º. Psicología y psicopatología de la conciencia y atención.

5.1. Psicología de la conciencia.

5.1.1. Concepto de conciencia. Ya se dijo en el capítulo anterior que la imagen perceptiva (Ip) se producía en la conciencia, pues bien es esta última la función que vamos a tratar ahora, como continuación de la percepción. Ambas se hallan asociadas en cierta forma y, de hecho, Freud hablaba del “sistema percepción-conciencia”.

La conciencia es la función psicológica que permite “darse cuenta” de cuánto percibimos, recordamos, pensamos o sentimos. No puede confundirse con el juicio moral: los conocidos “problemas de conciencia” (p. ej. la culpa por no haber cuidado a su madre cuando estaba enferma), pues tiene como objetivo percatarse del mundo exterior y de uno mismo. Implica la existencia de vigilancia de lo que ocurre (dentro y fuera), pudiendo oscilar de acuerdo con las circunstancias. Así, si existe un peligro, la conciencia se torna más activa en su funcionamiento con idea de poder sortearlo lo mejor posible, mientras que si los estímulos son monótonos o no resultan interesantes, baja su vigilancia llevándonos al sueño.

Cuando una situación resulta aburrida, se suele decir: “me estoy durmiendo”. De este modo, si voy en un taxi a mi trabajo y va muy lento, se puede decir. “vaya más deprisa que aquí se duerme uno” o cuando una clase es aburrida: “me entra un sueño espantoso”. Si leemos o estudiamos una materia por obligación, es común que resulte tediosa y se hace necesario tomarse un estimulante (café o Coca-cola) para espabilarse.

Las oscilaciones de la conciencia no solo tienen que ver con la monotonía o los peligros, sino que puede asociarse también al “ritmo vigilia-sueño” y a ciertas variaciones de la vigilancia que se producen a lo largo del día. En este sentido, en ciertas horas nos encontramos más lúcidos y, por el contrario, otras en las que la conciencia parece apagarse y se produce una inducción al sueño (p. ej. después de las comidas principales). Quedaría por aclarar por qué existen personas que prefieren trabajar de noche; algunos porque su atención es muy lábil y cualquier estímulo les distrae y solo el silencio de la noche hace que se concentren y otros, en fin, porque tienen miedo de dormirse pues, en la cama y estando dormidos, se encuentran más vulnerables.

Tal como se dijo al principio, la conciencia permite darse cuenta de lo que sentimos, memorizamos, pensamos, etc.; así las cosas, puede entenderse que tiene como objeto el resto de las funciones psicológicas. Al hablar de la percepción vimos que esta metaboliza psíquicamente objetos, luego es una función que procesa objetos, pero no sucede lo mismo con la conciencia. Esta última tiene como contenido las demás funciones, luego es una “función de funciones”.

$P = F(O)$ (se lee: “percepción igual a función de objeto”)

$C = F [F(O)]$ (se lee: “conciencia igual a función de función de objeto”)

En esta línea, la conciencia permite:

a) percatarse del rendimiento del resto de las funciones (p. ej. puedo conocer si mi memoria actúa correctamente y puedo recordar bien o si mi percepción es más o menos fina y me doy cuenta de los detalles),

b) ordenarlas, dirigiéndolas hacia un fin común.

Si me encuentro en un examen de oposición tengo que dirigir todas mis funciones en una misma dirección: recordar correctamente, estar atento a lo que me preguntan para no equivocarme, aplicar mi inteligencia para determinar lo esencial de lo accesorio o resolver problemas nuevos que no figuraban en los libros, etc. Véase que se confirma una vez más que la conciencia es una “función de funciones”, encargándose solo indirectamente de los objetos y las representaciones.

c) Orientarlas espacio-temporalmente. La orientación implica saber en qué lugar me encuentro ahora y en qué día, mes y año. La desorientación (espacial o temporal) consiste en el fenómeno contrario: un desconocimiento de cualquiera de estas coordenadas.

En línea con lo expuesto, el funcionamiento adecuado de la conciencia posibilita: el procesamiento adecuado de la información (funciones cognitivas) y la autoconciencia (o conciencia del propio yo).

5.1.2. Factores de la conciencia. A la hora de analizar esta función vamos a distinguir dos componentes de la misma que son sustanciales para entenderla y que, además, pueden alterarse:

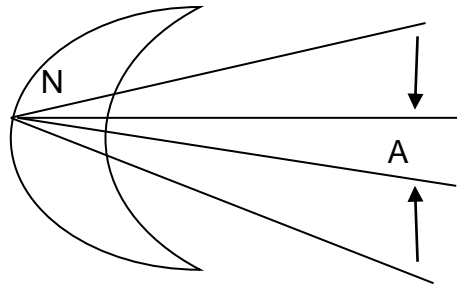
A) La luz o luminosidad. Antes se dijo que la conciencia podía hallarse más o menos vigilante, dependiendo de las circunstancias (externas o internas); en consonancia con eso, el grado de claridad con que se perciben los contenidos psíquicos es la “luz” o “luminosidad” de la conciencia. Esta, a su vez, consta de dos componentes:

A.1) La nitidez (N). Es el brillo de la conciencia, equivalente a “estar despierto”. Comparándolo con un televisor, es la intensidad lumínica que este tiene y que puede regularse con el mando a distancia; puedo aumentarla o disminuirla y, cuando esto último ocurre, ya no puedo distinguir las imágenes.

Evidentemente, mientras más nitidez tiene la conciencia más detalles se perciben. Las anfetaminas aumentan la nitidez, en tanto los hipnóticos y el alcohol la disminuyen (por eso inducen el sueño).

A.2) La amplitud (A). Consiste en la extensión del campo iluminado por la conciencia. En la comparación con el televisor, consistiría en la aproximación que puede hacerse con una imagen, es el zoom que permite aumentar su tamaño y contemplar los detalles.

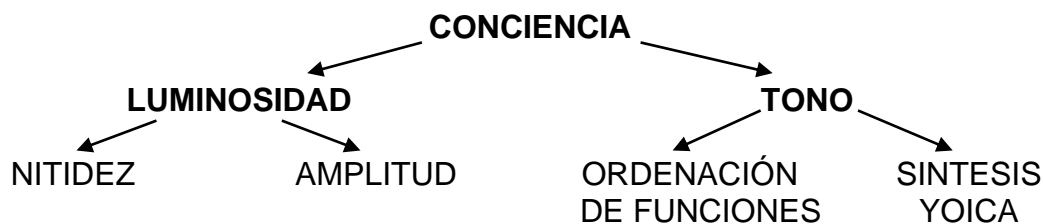
La “regla de los inversos” viene a decir que si disminuye A, aumenta N y viceversa.



B) El tono. Tiene que ver con la capacidad organizadora de la conciencia sobre sus contenidos, dándoles una estructura. De ahí que el tono se encargue de:

a) separar las distintas funciones entre sí; si falla aparecen trozos de funciones mezcladas entre sí (p. ej. el sujeto puede creer que vive en el pasado y la enfermera que lo atiende es su madre cuidándole),

b) síntesis yoica, implica que el yo tiene que ser uno (“yo soy yo mismo”) y cuando se altera, se desgaja en distintos contenidos, fenómeno al que llamamos “disociación”.



5.2. Psicología de la atención.

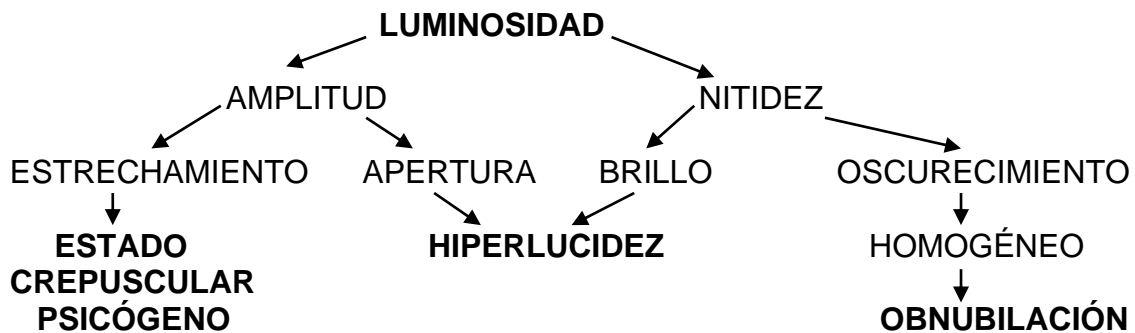
La atención consiste en la capacidad de dirigir la conciencia sobre un punto concreto (foco atencional) abstrayéndose del resto (zona marginal). Requiere, obviamente, que se cierre la amplitud de la conciencia y se produzca la máxima luminosidad en ese punto focal (p. ej. en un examen el alumno se centra exclusivamente en la hoja de preguntas y todo lo demás, que podría figurar en el campo de la conciencia, se difumina y desaparece). Implica la direccionalidad (hacia un fin particular) y la selectividad (dar importancia a un objeto concreto). En consecuencia, se destacan ciertos objetos del resto que quedan como fondo.

Permite la focalización de las tareas y experiencias, eliminando el aflujo excesivo de información que puede interferir en las mismas. Cuando tratamos de la percepción ya se dijo que tenía una gran importancia eliminar el exceso de datos que llegan al aparato psíquico para que pueda seguir funcionando correctamente.

Asimismo, la atención puede ser: a) voluntaria (o activa): se produce de modo buscado y se relaciona con la motivación o el interés de la persona implicada (p. ej. leer *El código da Vinci* porque me estimulan las novelas de intriga) y b) involuntaria (o pasiva): asociada a la presencia de ciertos estímulos intensos que provienen del exterior, como puede ocurrir en situaciones de peligro, real o imaginario, (p. ej. una explosión).

5.3. Psicopatología de la conciencia.

La psicopatología de la conciencia es muy compleja porque hay que tener en cuenta para estudiarla los factores que antes se han descrito (“luz” y “tono”) y combinarlos entre sí (1); no obstante, intentaremos hacerla lo más fácil posible para que resulte asimilable. Véase la dicotomía que se presenta en el grafo de árbol que se presenta a continuación.



5.3.1. Trastornos de la luminosidad. Esta puede afectarse de modo que su amplitud se estreche o se amplíe, dando lugar a las siguientes manifestaciones:

A) Estado crepuscular psicógeno. Se trata de un estrechamiento de la amplitud de la conciencia, de manera que la persona solo vive lo que le interesa o lo que se le impone de manera deslumbrante, palideciendo el resto de las vivencias. Desaparece la captación panorámica y, con ella, la relatividad de la experiencia, perdiéndose la posibilidad de criticar la realidad. Un caso muy claro de estado crepuscular es el siguiente:

Se trata de una chica de 28 años, que siempre ha estado enamorada de su primer novio, a quién ve frecuentemente pues ambos viven en el mismo pueblo. En una ocasión, entrando en la discoteca lo vio acompañado de su mujer. De repente, su antiguo pretendiente bajó a la pista y se puso a

bailar, mientras aquella permanecía sentada conversando con una amiga. Sin mediar palabra alguna, la paciente entró en un estado que ella misma no sabía muy bien cómo definir, aunque sabía que “no estaba en su ser”, y se acercó al chico y empezó a abrazarlo y a besarlo apasionadamente. Como era de esperar se produjo un gran revuelo en la sala y, al escuchar el alboroto y ser amonestada por la esposa del exnovio, la paciente “volvió a su ser” sin saber qué había sucedido. Entretanto, la acusaban amenazadoramente de algo que ella sostenía firmemente que no había hecho y que no comprendía nada de lo que le estaban diciendo.

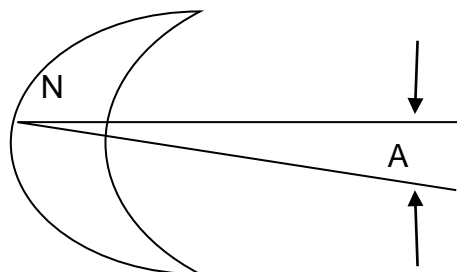
Se produce en:

-la fascinación, como ocurre en la hipnosis donde solo se atienden las órdenes del hipnotizador,

-la concentración activa, como les pasa a los boxeadores o en los soldados en la batalla,

-por influencia afectiva, como sucede en los estados disociativos provocados por: terror (peligro inminente: guerras, catástrofes), deseo intenso y arrebatador (el paciente solo capta lo que le parece ratificarlo; es el caso expuesto) y en estados de agresividad. Esto último puede registrarse en las llamadas “crisis de amok”, fenómeno típico de la cultura malaya, consistente en la presencia de un periodo de depresión seguido de un comportamiento violento y homicida, que acaba matando a cuantas personas se encuentran a su paso; se desencadena por una falta de respeto, humillación o insulto.

Estas crisis, con un formato diferente, se han visto en nuestra cultura occidental (sobre todo en Estados Unidos), donde un chico coge un revólver y acaba con la vida de cuantos puede. En tales casos, habría que diferenciar si es un verdadero amok (estado crepuscular psicógeno) o bien, un psicópata que conscientemente y a sabiendas realiza el acto. Cuando se habla de amok, evidentemente la persona manifiesta un trastorno de la conciencia.



B) Obnubilación. Aquí nos referimos a un oscurecimiento homogéneo de la luz de la conciencia, en cuyo caso la vida psíquica parece apagarse, dando lugar a un entorpecimiento de las funciones psíquicas. Cuando se dice que es

“homogéneo” significa que el apagamiento se produce de igual manera en todo el campo de la conciencia; luego veremos que no siempre es así.

Las características generales del paciente obnubilado son las siguientes: a) la atención se despierta con dificultad, apareciendo como adormilado y teniendo que llamarlo para que conteste y luego volviendo de nuevo al estado anterior; por lo tanto, los estímulos precisan más intensidad para hacerse conscientes, b) las vivencias se hacen borrosas, si bien no llega a perder la orientación espacio-temporal (sabe dónde se encuentra en qué fecha estamos), c) el pensamiento se altera hasta llegar a hacerse incoherente (frases sueltas que no casan entre sí) y d) los falsos reconocimientos de personas.

Un caso histórico muy reconocido de obnubilación es lo que sucedía en el Santuario de Apolo en Delfos. Según la tradición, para realizar sus predicciones, la pitonisa se sentaba en una silla cerca de una grieta en el suelo que emanaba vapores tóxicos. Cuando los peregrinos le preguntaban emitía frases disparatadas, a veces inconexas, mientras un sacerdote próximo a ella iba anotando cuanto decía y traduciéndolo. Cuando llegaron a Delfos los arqueólogos franceses lo primero que hicieron es buscar la dicha grieta, pero no encontraron nada. Sin embargo, unos años después, un grupo de geólogos puso de manifiesto la gran actividad volcánica existente en la montaña donde asienta el santuario.

La obnubilación se produce en las enfermedades tóxico-infecciosas, traumatismos cráneo-encefálicos, tumores y estados de agotamiento. Finalmente, indicar que existe una evolución fatal que es la siguiente:

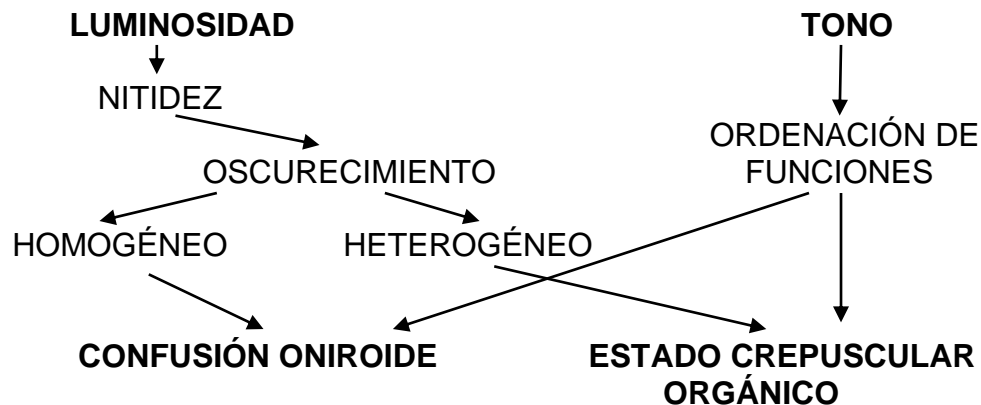
VIGILIA → OBNUBILACIÓN → SOPOR → COMA → MUERTE

C) Estados superlúcidos o de clarividencia. El mecanismo de estos casos es mixto, pues se implican tanto la “amplitud” como la “nitidez”, de manera que la primera tiene una mayor apertura y la segunda aporta un mayor brillo (ver grafo de la pg. 25). Aparecen entonces experiencias que solo pueden describirse metafóricamente debido a su carácter singular que poseen; el sujeto utiliza el “como sí” (“es como si estuviera cerca de una presencia que no conocía, pero quedaba completamente transportado por su grandiosidad”). Muchas veces se trata de revelaciones incommunicables.

En condiciones normales mueven a creaciones de gran valor, como son los descubrimientos científicos (p. ej. el *Eureka* de Arquímedes) o místicos (p. ej. el encuentro con el ángel de Santa Teresa). En la patología estos estados tienen lugar en la epilepsia y la esquizofrenia.

5.3.2. Trastornos del tono. Recordemos que el tono se encarga de ordenar las funciones psicológicas y de la síntesis yoica; cualquiera de ellas es susceptible de alterarse.

A) Afectación de la ordenación de funciones. El siguiente grafo pretende distinguir cómo se generan los diferentes trastornos que estudiamos a continuación:



-Confusión oniroide. Aquí se registra un oscurecimiento junto a un descenso del tono de la conciencia (hipotonía). El primero de ellos provoca una grave dificultad crítica debida al entorpecimiento mental, mientras que el segundo da lugar a una falta de discriminación entre los contenidos imaginados y reales, lo que ocasiona la irrupción alucinatoria (visual) en el mundo objetivo. Se diferencia de la obnubilación en su mayor productividad psicopatológica; en aquella no existen alucinaciones, dado que no se encuentra alterado el tono.

Por consiguiente, en la confusión las representaciones contenidas en la memoria (Rm) pasan por imágenes perceptivas, de ahí que el paciente crea que son reales, lo que queda formulado como:

$$Hm = Ip$$

Suele asociarse a una etiología infecciosa, tóxica o traumática y presenta tres grados que hay que considerar:

ONIRISMO → DELIRIUM → AMENCIA

a) Onirismo. Como su nombre indica, muestra la apariencia de un sueño, pero el sujeto no se encuentra dormido, de manera que aparecen construcciones típicas del sueño con una conciencia vigil, que se intercalan con momentos lúcidos. Se presentan alucinaciones visuales muy plásticas y cambiantes y, al mismo tiempo, se conserva la orientación espacio-temporal y aún puede captarse la atención del paciente.

b) Delirium. Aquí la ruptura con el mundo exterior es ya total, por lo tanto la desorientación es absoluta y no puede captarse la atención del paciente. Tiene

lugar también una intensa agitación psicomotriz junto a alucinaciones visuales caóticas. Se presenta en el alcoholismo (delirium tremens) y en la epilepsia (delirium epiléptico). Son típicas del delirium tremens alcohólico la presencia de alucinaciones microzoóicas, en las que aparecen animales pequeñitos (insectos por lo general).

Un paciente varón, de 54 años de edad, bebedor social ingresa en la Unidad de Agudos con este cuadro. Es una persona muy relacionada con el ambiente cofrade de esta ciudad, donde disfruta y bebe con otros devotos. En el ingreso contempla como aparecen pequeños nazarenitos que van subiendo a su cama con ojos de “mala leche” y con intenciones malvadas. Intentan clavarle los estandartes en el cuerpo y martirizarlo, lo cual lo llena de horror.

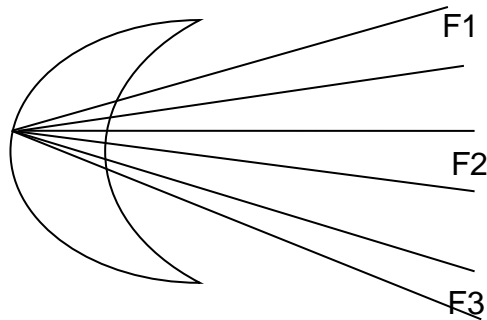
c) Amencia. En este último trastorno se muestra una intensa confusión mental junto a agitación psicomotriz muy grave. Se produce una incoherencia del pensamiento (no se entiende lo que dice, pues aparecen frases sueltas sin hilar en el discurso) y falsos reconocimientos (cree que un médico es su primo del pueblo). Tiene lugar en: los traumatismos craneoencefálicos graves, estados tóxicos e infecciones graves (peligro para la vida).

-Estado crepuscular orgánico. Aquí contamos con un oscurecimiento heterogéneo de la conciencia junto a una bajada del tono; que sea “heterogéneo” indica que el apagamiento no es uniforme (como ocurre en la obnubilación). Esto hace que la percepción sea correcta, pero aparece junto a zonas oscuras con hipotonía, de ahí que no pueda captarse globalmente. En tal caso, la conciencia se fragmenta en focos independientes (F1, F2, F3,...), de manera que el sujeto percibe la realidad a trozos, no consiguiendo integrar los datos debidamente

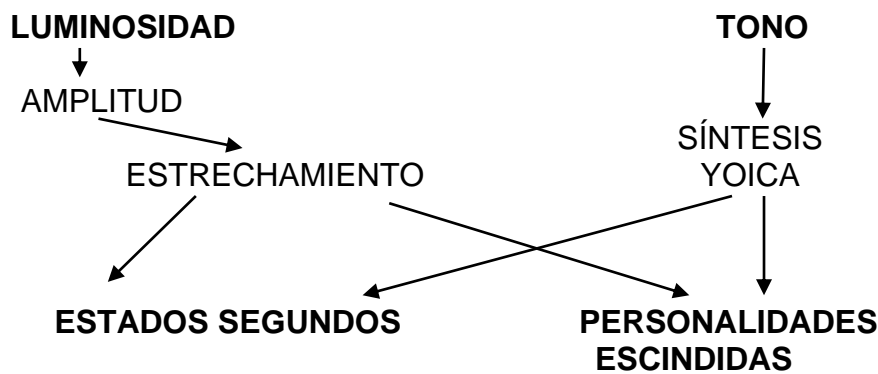
Como consecuencia de ello, se presentan: a) la perplejidad (al no integrar la realidad debidamente y no acabando de comprender lo captado por la percepción), b) elaboración paranoide (autorreferencias e interpretaciones, de forma que es frecuente pensar que le van a hacer algún tipo de daño) y c) tiene que defenderse, mostrándose con una violencia brutal. El episodio deja una amnesia posterior. Tiene lugar, de modo característico, en epilépticos (sobre todo del lóbulo temporal) y en el uso de psicótropos.

Tras un aviso para hacer una visita domiciliaria me encontré con un sujeto bastante fuerte, ubicado en su cama y permaneciendo inmóvil. El dormitorio se encontraba lleno de familiares. Al acercarme a él, tomando las debidas precauciones, se empezó a mover rompiendo cuando hallaba a su paso, empezando por el cabecero de la cama que era de madera. Vociferaba e intentaba agarrar con fuerza para pegarle a quienes le rodeaban. Tras ser inyectado, cayó al suelo rompiendo a llorar como un

niño y sin recordar nada del gravísimo episodio que había protagonizado. La familia confirmó el diagnóstico de epilepsia temporal.



B) Afectación de la síntesis yoica. Como ya sabemos, la experiencia del yo ha de ser unitaria (“yo soy yo mismo”), de manera que la identidad que reside en él, se encuentre asegurada. Los trastornos de la síntesis yoica se acompañan de la pérdida de esta unidad como vamos a ver a continuación.



-Estados segundos. La caída del tono se produce en la síntesis yoica, de manera que aparece una disociación sucesivas de la conciencia, en cuyo caso se muestra un segundo yo que se personifica. Estamos ante un desdoblamiento de la personalidad, donde cada una de las nuevas personalidades se hace autónoma y adopta un nombre y un comportamiento diferentes. Al mismo tiempo, ambas pugnan entre sí para tomar las riendas del comportamiento, eclipsando a la anterior. Este fenómeno tiene lugar en situaciones existenciales o vitales insostenibles, que hacen imposible que un yo unitario pueda enfrentarlas.

Este es el caso de una paciente joven que ingresó en el hospital bastante alterada y sin saber quién era después de que, pasando un semáforo, un coche estuvo a punto de pillarla. Tras un tiempo de ingreso, aparece con más claridad su historia: se llama Carmen y su lugar de residencia habitual es Santander. Convive con sus padres y hermanos en un ambiente de una religiosidad asfixiante, de manera que ella actuaba correctamente, vestía de manera pulcra, con buenos modales y realizando todos los preceptos religiosos impuestos por la familia. De alguna manera, sentía que para ella era imposible esa forma de existencia, pues no salía con las amigas, que

se quedaban hasta tarde o tenían contactos con chicos, etc. En una ocasión, tras una reprimenda del padre (parecida a las anteriores pero que esta fue el detonante), se metió en su cuarto y sin saber lo que le pasó, cogió la tarjeta de crédito, algo de dinero en metálico y salió de su casa con una maleta, compró ropa provocativa y se vino a Sevilla. Adoptó el nombre de Raquel y, en este estado, salía de noche, coqueteaba con los chicos en los bares y, cuando estos intentaban hacer “algo” con ella, salía por la puerta de atrás del bar. Tras recuperar su propia historia, la paciente nos dio las señas de su familia, con la que pudimos contactar.

Hay que fijarse bien en que, cuando un yo se impone, la otra forma de vivir es inconsciente (fantasías) y viceversa y que, al aparecer la nueva identidad, la anterior desaparece, de ahí que se hable de “escisiones sucesivas de la conciencia”. Se añade que los rasgos que se presentan en las dos personalidades suelen ser complementarios (en el caso anterior, la “mujer modosa” frente a la “mujer fatal”).

-Personalidades escindidas. Es parecido al anterior pero aquí tiene lugar una escisión simultánea, de manera que, al fragmentarse el campo de la conciencia aparece un yo en cada uno de los fragmentos. Lo característico es que el fenómeno ocurre al mismo tiempo y no sucesivamente y, como consecuencia de ello, se muestran personalidades autónomas en el mismo momento. Puede tratarse de sentirse poseído por el Diablo, por poderes extraños o por divinidades (estados de posesión).

La novela El exorcista escrita por William Peter Blatty relata un caso real de posesión, solo que en la realidad se trataba de un chico y no de una chica.

Los indios algonquinos de Norteamérica creen que pueden ser poseídos por un espíritu maligno, llamado Windigo. Su posesión puede convertir a la persona en caníbal, llegando a buscar nuevas víctimas constantemente. Según se cree, habita a las personas codiciosas; por consiguiente, desde el punto de vista antropológico, hay que interpretar la representación de este monstruo como una llamada a la moderación y a la cooperación de los miembros de una comunidad. El miedo al Windigo se encuentra muy extendido en estos grupos humanos, ya que puede poseerte durante el sueño, un momento del día en el que, evidentemente, se pierde el control.

La personalidad escindida puede presentarse en la histeria y en la esquizofrenia. En este último caso, puede aparecer como dos personalidades que habitan conjuntamente en el paciente y dialogan entre sí, discuten o, incluso, se hacen daño.

Un paciente esquizofrénico contenía dentro de sí a un soldado y a un coronel y este último le daba órdenes al primero. Cambiaba drásticamente el tono de voz cuando aparecía (al mismo tiempo) cada uno de ellos (el

tono grave y severo del coronel, frente a la voz atiplada y obediente del soldado).

5.4. Psicopatología de la atención.

La atención puede alterarse dando lugar a las siguientes posibilidades:

A) Hipoprosexia. Aquí el déficit atencional presenta un grado ligero, mostrándose en: depresivos, ansiosos, sujetos con inquietud psicomotora (maníacos o consumidores de anfetaminas).

B) Aproxia. El déficit atencional se hace ya intenso, siendo imposible movilizar la atención o solo consiguiéndose con estímulos fuertes llegando, muchas veces, a ser ineficaces. Se produce en: trastornos de la conciencia, intoxicaciones severas, estupor y autismo.

C) Hiperproxia. En este caso hablamos de excesivas y transitorias focalizaciones de la atención en el transcurso de estados peculiares de la conciencia (hiperlucidez o clarividencia, que ya fueron estudiadas). Lo hallamos en el éxtasis y en competiciones, en las que se requiere una gran concentración.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Rojo Sierra M. En torno a la conciencia humana. Aspectos psicológicos, psicofisiológicos, psicopatológicos, ónticos y metafísicos. Valencia: Promolibro, 1995.

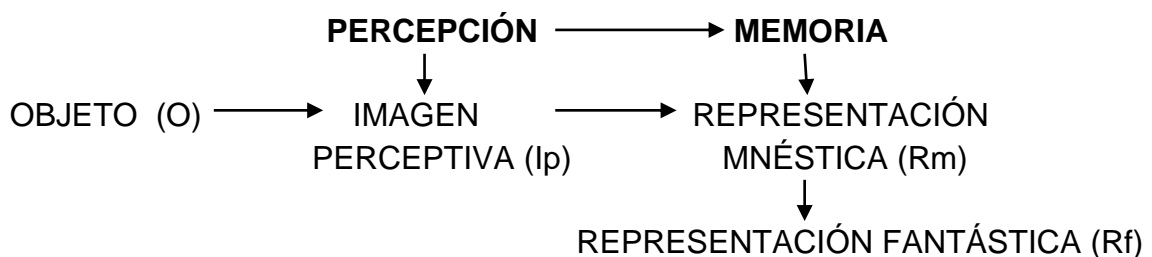
Capítulo 6º. Psicología y psicopatología de la memoria.

6.1. Psicología de la memoria.

6.1.1. Concepto de memoria. De nada sirven las imágenes percibidas (Ip) si después no son guardadas y, justo en este proceso es donde interviene la memoria. La grabación del material captado se hace necesaria porque el ser humano (lo mismo que el animal) tiene que saber discernir cuales son las situaciones que le producen bienestar (y busca activamente) de aquellas otras que le producen malestar o dolor (y tiene que evitar); téngase presente que estas últimas pueden incluso llegar a ser peligrosas.

La memoria es la función psicológica que permite: registrar las experiencias vividas, revivirlas o recrearse en ellas, reconocerlas como tales cuando aparecen y localizarlas en el tiempo.

No necesita que el objeto se encuentre presente (como sucede con la percepción), de ahí la libertad que supone la memoria respecto a la percepción. Tal como se muestra en el siguiente grafo, la memoria trabaja con representaciones mnésticas o mnémicas (Rm), configuradas a partir de las imágenes perceptivas (Ip). Las Rm se convierten en copias de los objetos existentes en el mundo, incluidas las personas que conocemos (p. ej. tenemos una representación de nuestro padre, de mamá, de la abuelita, etc.), si bien esta copia nunca es totalmente fiel, ya que la afectividad opera en los recuerdos deformándolos. Una diferencia entre Ip y Rm consiste en que la primera no se puede modificar, pues lo que percibo es lo que es (en condiciones normales, por supuesto); de ahí que Jaspers (1) dijera que “la realidad es aquello que ofrece resistencia”. En cambio, la Rm, al formar parte de mi mundo interno, puedo cambiarla a mi antojo; puedo llegar, incluso, a crear nuevas representaciones combinando otras anteriores, esto es lo que ocurre en la fantasía, donde se forman las Rf o “representaciones fantásticas”.



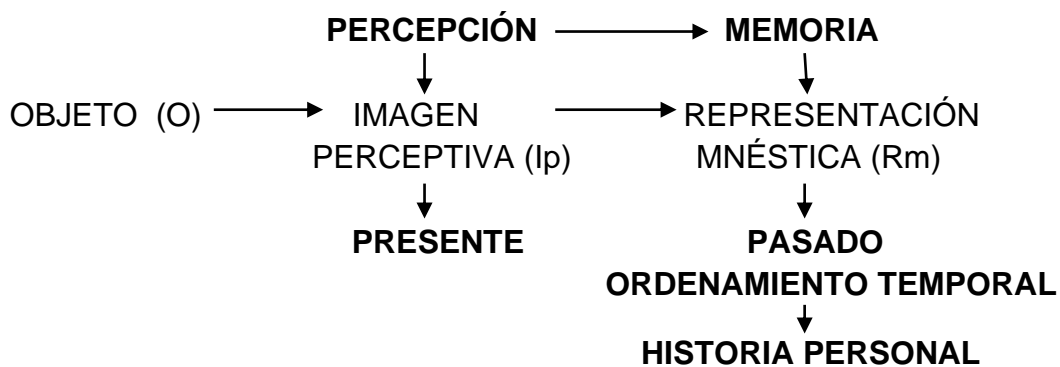
Un centauro, en lo que se refiere a su conjunto, es un ser inexistente (nadie ha visto nunca ninguno desplazándose por la ciudad). Pero, si que es posible identificar cada uno de los elementos que componen a este ser mitológico, provocándonos cada una de esas partes cierta familiaridad. Esto permite descubrir su origen, en tanto se trata de la asociación de dos Rm parciales: la de un caballo y la de un ser humano.

$$R_f = pR_{m_1} + pR_{m_2}$$

Centauro = hombre + caballo

Esta combinación puede, incluso, hacerse con varias Rm, como sucede en las fantasías sexuales las cuáles se construyen de la misma manera: imagino a una mujer con el cuerpo de Claudia Schiffer, la cara de Sharon Stone, las piernas de Cher, la capacidad expresiva de Ayuso, etc. Véase como tales fantasías tienden hacia las formas perfectas, imposibles de hallar en la realidad. Si este mecanismo resulta demasiado acusado, impulsa al individuo a preferir la fantasía a la realidad en su actividad erótica, con las correspondientes dificultades.

La memoria permite al sujeto la adaptación al medio, pues trabaja con la información contenida en forma de representaciones, las cuáles se han formado activa y selectivamente y, como antes se dijo, ayudan a discernir en el momento presente qué conducta debo adoptar. Se añade que la memoria incorpora la dimensión temporal a la vida psíquica, mientras que la percepción se localiza exclusivamente en el presente, dado que la formación de una Ip es correlativa a la presencia del objeto, desapareciendo en el momento en que este se esfuma. De ahí que los recuerdos adopten la forma de secuencia; este asunto es fundamental, ya que la memoria posibilita la construcción de una historia personal o “psicobiografía”. En este sentido, como muy bien dice Borges: “somos nuestra memoria”.

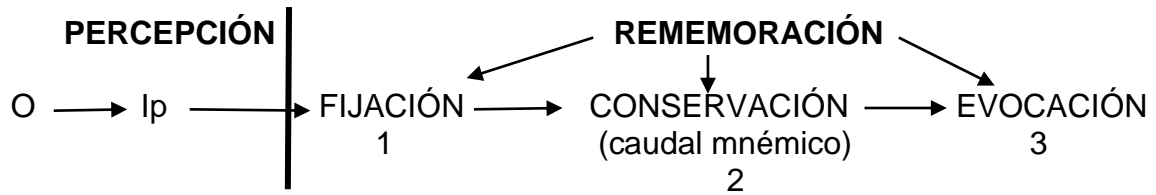


Siguiendo este hilo argumentativo, la memoria se relaciona con uno de los tres grandes temores del ser humano, a saber: la pérdida de la vida (muerte), de la razón (locura) y de la memoria (identidad, autobiografía); por consiguiente, en la memoria asienta (una buena parte de) nuestra identidad.

6.1.2. Procesos de la memoria. La memoria es un fenómeno dinámico, ya que las Rm no se encuentran quietas sino que entran en los movimientos de creación, deformación, transformación e, incluso, de destrucción. De ahí que esta función contenga una serie de procesos; concretamente identificamos tres: A) la rememoración, B) el reconocimiento y C) el olvido (2). Pasamos a estudiarlos

detenidamente, porque sobre ellos se va a construir la psicopatología de la memoria:

A) Rememoración. Consiste en remontarse al pasado desde el presente (3) o en recordar experiencias. No se trata de una simple reproducción (como un video o una cinta magnetofónica), pues se recuerda el pasado de la forma más apropiada. A su vez, la rememoración consta de tres subprocesos, que mostramos en el siguiente grafo:



A.1) Fijación. Es la puerta de entrada de la memoria, pues mediante ella se incorporan los sucesos vividos para ser grabados; permite añadir nuevos materiales a la memoria. Depende de:

a) La intensidad de la experiencia. Evidentemente, se graba mejor lo que provoca una mayor impresión que lo indiferente,

b) El interés o la afectividad que suscite el material que va a guardarse (p. ej. la materia que gusta más dentro de un curso, se fija mucho mejor) y

c) La repetición. Parece claro que, mientras menos interés suscite algo o menos afectividad se ponga en juego, más repetición tiene que realizarse para fijarlo (p. ej. las asignaturas de la carrera que no gustan son, precisamente, a las que hay que dedicarle más tiempo).

A.2) Conservación. Consiste en almacenar el material fijado. Freud adjudicaba esta función al “preconsciente”, el cuál actúa despejando la conciencia de contenidos para que la atención pueda funcionar correctamente. La conservación da lugar a la formación del “caudal de recuerdos” o “caudal mnémico”, donde las representaciones mnémicas quedan ordenadas temporalmente: $R_m(t)$.

Hay que tener en cuenta dentro de la conservación:

a) La memoria a corto plazo. Tiene una duración breve y una capacidad limitada e interviene en actividades de la vida diaria en las que no hace falta obtener datos del caudal de recuerdos (p. ej. me llamó Paqui y tengo que devolverle la llamada, me avisaron de la reunión de las 10 de la mañana y no puedo faltar, etc.”).

Actualmente se habla de “**memoria de trabajo**” u “**operativa**”: un sistema por medio del cual un individuo puede retener y manipular una información inmediata, permitiéndole realizar una serie de tareas diarias (p. ej. resolución de problemas, atención a ciertas cuestiones que no pueden dejarse pasar, etc.).

b) La memoria a largo plazo. Se refiere al almacenamiento de hechos antiguos y contiene:

-Las experiencias vividas, que son los recuerdos autobiográficos. Conforman la llamada “**memoria episódica**”, que codifica la información relativa a acontecimientos personales, experimentados en un lugar y tiempo concretos (p. ej. “ayer fui de pesca”, “mi madre me cantaba nanas, a pesar de que yo ya era mayor”). Es la memoria vivida.

-Conocimientos o saberes, que versan sobre el mundo físico y la realidad social y cultural (p. ej. Nerón mandó incendiar Roma en el año 64 dC, el teorema de Pitágoras dice que..., etc.). Se asocia a la llamada “**memoria semántica**”, que se ocupa de los recuerdos aprendidos, no vividos, como son las ideas y los conceptos (p. ej. una trucha es un pez de río”). Es la memoria enciclopédica (“diccionario mental”).

Curiosamente, la “memoria semántica” es mucho más resistente al deterioro que la “episódica” lo que explica que, a medida que la persona se hace mayor, va acumulando conocimientos, mientras ciertos pasajes de su vida parecen borrarse.

-Habilidades o destrezas. Son actos que realizamos automáticamente (p. ej. montar en bicicleta, tocar el piano, conducir el coche o extirpar el bazo), su adquisición es lenta y se produce tras ensayos reiterados. De ellas se ocupa la “**memoria procedimental**”, constituida por lo aprendido de forma directa, conformado como acciones.

A.3) Evocación. Consiste en recuperar los datos almacenados en la memoria, retornándolos a la conciencia. Cuidado, porque el material evocado nunca es una copia exacta de la información contenida o de las experiencias que se tuvieron, sino que la memoria hace una reelaboración en el momento de la recuperación. La evocación puede ser:

a) Espontánea: los datos aparecen de forma casual y no buscados (p. ej. me acuerdo de pronto de un amigo que hace tiempo que no veo).

b) Voluntaria. En determinadas ocasiones hace falta extraer un material determinado para ser utilizado (p. ej. en una entrevista de trabajo) y que la evocación se realice adecuadamente depende de:

-la firmeza de la fijación y conservación (mientras mejor se realizaron estas, más efectiva será la evocación),

-la extensión de la materia (si extensa, peor evocación, de ahí que la gente prefiera los exámenes parciales porque hay que sacar menos material de la memoria),

-fraccionamiento y ritmo (no es lo mismo extraer un material sin medida, abruptamente, que adoptar una sistemática para hacerlo),

-el interés (un contenido de la memoria que resulta interesante para el sujeto se evoca más fácilmente; así, si me gusta la Anatomía, puedo sacar de mi memoria más fácilmente los músculos del antebrazo que si no me gusta).

-la inhibición. Consiste en la interferencia de un aprendizaje anterior o posterior al momento de la evocación; puede afectar tanto un aprendizaje realizado posteriormente (“inhibición retroactiva”), como otro realizado anteriormente (“inhibición proactiva”).

B) Reconocimiento. Mediante este proceso estimamos si un recuerdo o una percepción han sido experimentados antes. Proporciona un sentido de la familiaridad, conectada con la impresión de seguridad (p. ej. si acudimos a un restaurante en el que ya hemos estado antes, conocemos a los camareros y estos nos conocen a nosotros, lo cual nos aporta tranquilidad). La falta de reconocimiento produce la sensación de novedad, tratándose de algo no acaba de encajar ocasionando asombro o perplejidad.

El reconocimiento plantea el problema de la “fidelidad de la memoria”, es decir, si lo que recordamos fue realmente así en la realidad. La ausencia de fidelidad puede deberse a: fallos perceptivos (no escuché bien), fabulación (añado datos que no se encuentran en el recuerdo) y la interpretación de lo sucedido (pienso que lo ocurrido fue en contra mía).

C) Olvido. Consiste en la pérdida de recuerdos; evidentemente, si va entrando material en el caudal mnémico y la memoria es finita, algo tiene que desaparecer. Cuidado, porque no tiene nada que ver con la “represión”, en la que los contenidos siguen en el inconsciente y desde allí retornan produciendo síntomas (ver Capítulo 2º). El olvido se produce por cualquiera de las siguientes circunstancias: desuso, interferencia (inhibición retroactiva) o por la acción de la afectividad (los recuerdos indiferentes o desagradables desaparecen antes). El olvido sigue la “ley de Ribot” que dice que se olvida lo más reciente que lo antiguo y, según el “principio asintótico” nunca la desaparición de recuerdos es completa.

6.2. Psicopatología de la memoria.

6.2.1. Trastornos de la rememoración.

A) Hipermnesias. Se llama así a la facilidad exagerada para recordar, de manera que los recuerdos se desatan e irrumpen en el estado mental presente

quedando el sujeto invadido por ellos. Dos formas de presentación son destacables:

-Criptomnesia. Se trata del recuerdo vívido y minucioso de hechos de una época más o menos dilatada de la vida, conservándose la orientación en el presente. Ocurre en el llamado “libro de la vida” o “memoria panorámica”, donde el sujeto tiene una visión de distintas escenas sucesivas de su vida con todo lujo de detalles y de forma pasiva, pasando ante él toda su historia. Se da en: situaciones límite y de riesgo vital (p. ej. moribundos, condenados a muerte), epilépticos, estados crepusculares, hipnosis y disfunciones del lóbulo temporal.

Un paciente de 31 años recuerda cómo en un viaje en barco de Valencia a Ibiza se hartó de porros y se puso fatal, llegando a vomitar. En ese instante se le pasaron por la cabeza diferentes escenas de su vida con una velocidad sorprendente, como si se tratase de diapositivas en un proyector. Incluso, aparecieron pasajes que no recordaba. La experiencia fue sumamente desagradable y se prometió a su mismo no seguir consumiendo hachis.

-Ecmnesia. Aquí se pierde la orientación del presente, pues el paciente cree estar en el pasado y vive como actual una experiencia anterior. Sucede en experiencias traumáticas (*flash backs*).

Este es el caso de una chica de 16 años que fue violada. Hablando con ella, de repente cayó al suelo y experimentó las mismas circunstancias en las que se produjo el atentado. Llegó a vociferar, emitiendo expresiones como: “déjame”, “suéltame”, “a mí no me toques”, etc. En todo momento creía que era real lo que le estaba sucediendo, luego creía estar en un momento pasado.

B) Hipomnesias. Consiste en la disminución de la actividad mnémica o dificultad para la rememoración. Pueden ser:

B.1) Selectivas o alomnesias. No se rememora cierto tipo de recuerdos y suelen ser secundarias a alteraciones de otras funciones psíquicas (p. ej. la afectividad), presentándose de varias formas:

-Situacionales: por falta de interés de recuerdos que carecen de significación en la situación que vive.

Una joven que recientemente ha iniciado una relación sentimental con un chico, dice no recordar absolutamente nada de sus parejas anteriores; para ella no existieron y el presente es “el único amor de su vida”.

-Catatímicas: la afectividad hace desaparecer el recuerdo desagradable.

Un paciente, de 42 años de edad, comenta estar casado en segundas nupcias. Al preguntarle por su primer matrimonio, se queda callado mirando fijamente y pregunta: ¿cómo sabe que me he casado antes? Ante la insólita respuesta, se le dice: “usted lo dijo antes”. Entonces dice no recordar nada en relación a este asunto y no entiende cómo puede ser así.

-Timósicas: el humor o estado de ánimo evita el recuerdo. Así, un depresivo no puede rememorar los recuerdos alegres, acordándose solo de los aspectos más sombríos de su vida. Por el contrario, un maníaco solo se acuerda de lo alegre.

Un paciente maníaco, en remisión tras haber tomado una medicación, afirma que él es un conductor excelente y que no tiene problema alguno en pisar el acelerador. Al indicarle que le costó bastante sacar el carnet de conducir (él ya había contado antes que fue a la tercera vez), afirma no recordar eso y que, para él, lo sacó a la primera.

-Esquizósicas: robos del recuerdo. Como veremos en el siguiente capítulo, los esquizofrénicos creen que les quitan los recuerdos que tienen y que se quedan sin ellos.

B.2) Generalizadas o amnesias/dismnesias. En este caso existe una imposibilidad absoluta (o parcial, en las dismnias) de fijar nuevos contenidos mnémicos o se ha producido una pérdida masiva del material conservado. Son alteraciones primarias y producidas por causas orgánicas (destrucción del tejido nervioso del cerebro). Presenta varias formas:

-De fijación (anterógradas). Como su nombre indica, no se pueden fijar nuevos contenidos a partir de la acción del agente patógeno (p. ej. un traumatismo) y, sin embargo, sí que se recuerdan los anteriores. Afecta a la memoria a largo plazo y memoria episódica (la semántica se halla conservada). Se añaden: la desorientación temporo-espacial (no saben el lugar o la fecha en los que estamos), las confabulaciones (relleno de los fallos de memoria con hechos inexistentes) y los falsos reconocimientos (cree que la persona que tiene delante es otra de la que realmente es).

-De conservación (retrógrada). Imposibilidad de retener los recuerdos, afectando secundariamente a la fijación. Se altera tanto la memoria episódica, como la semántica y, al no existir el material que tenía que estar guardado, se produce secundariamente una desrealización del presente.

-Lacunares (retro-anterógradas). Localizadas en un periodo de tiempo preciso y limitado (semanas, meses o años), debido a que el cerebro ha sufrido durante unos momentos una fuerte conmoción. Cuando el paciente mejora puede recuperar algo de la laguna, pero no todo.

6.2.2. Trastornos del reconocimiento.

A) De lo evocado. El reconocimiento falla en las imágenes que se actualizan, con varias formas de presentación:

a) Reminiscencias. El recuerdo evocado no es reconocido como tal, de manera que se toma como algo nuevo enteramente original y, sin embargo, procede de un conocimiento anterior. Esto es lo que ocurre en ciertos plagios, donde alguien copia una canción de otro o escribe un texto (p. ej. una novela o relato), que resulta ser un calco del que la otra persona había publicado; en tales casos, no existe conciencia alguna de estar haciendo una copia, llegándose a creer que lo expuesto lo ha ideado él/ella mismo/a.

b) Pseudomnesias. Consiste en la invención de recuerdos, de manera que puras fantasías alcanzan el carácter de recuerdo. La fórmula a aplicar en estos casos es (Rf: representación fantástica, Rm: representación mnémica):

$$Rf = Rm$$

En condiciones de normalidad, un sujeto debe reconocer lo que ha experimentado de lo que produce su fantasía, es decir: $Rf \neq Rm$. Veamos ahora las variantes de las pseudomnesias:

-Pseudología fantástica o mitomanía. Invención de acontecimientos y experiencias poco probables y fácilmente refutables; al principio saben que están mintiendo, pero pueden llegar a creerse sus propios relatos. Muchas veces buscan el aprecio ajeno y recomponer la propia estima (personalidades histriónicas), pero también pueden ser estafadores que emplean las invenciones para engañar a los demás. Veamos un caso:

Una chica de 19 años, estudiante de filología inglesa, se fue con dos amigas a un viaje por la Costa del Sol y, en septiembre, empezó a contar a sus compañeras de Facultad lo bien que se lo habían pasado. Una vez, explicando a dos de ellas el viaje tan fantástico que habían realizado a la Costa del Sol, afirmaba con rotundidad que: ligaron muchísimo, incluso con extranjeros que “tenían pasta”, las invitaron a todo, volvieron a casa sin haber gastado ni un euro, se bañaron en calas paradisíacas, etc. En una de estas floridas narraciones apareció una de las compañeras de viaje por detrás y empezó a desmentirla, hablando así: “¡de pasarlo bien nada, guapa! Para empezar no nos comimos una rosca y, después, tuvimos que pasar toda una noche en la estación de Benalmádena, muertas de frío por haber perdido el tren, las comidas eran asquerosas y no teníamos ni un euro”. Añadió a continuación: “yo diría más bien que el viaje fue un auténtico fiasco”.

-Ilusión mnémica o falseamiento forzado del recuerdo. Se van agregando algunos accidentes falsos, hasta que se sustituyen los recuerdos por

otros más congruentes con la situación actual. Se da en paranoicos, quiénes intentan aportar una explicación histórica a sus sospechas.

Un paciente de 53 años afirma que su vecino le está molestando desde que llegó a su bloque. Hace ruido para que ni él ni su mujer puedan “pegar ojo” y, cuando se lo encuentra por la calle, le hace gestos ostensivos de desprecio, como pueden ser: mirar al suelo o hacer un morrito con los labios. Añade a su relato un recuerdo claramente inventado, que hace más congruente el delirio: “pero, este hombre ya me conocía a mí de antes, esto no viene de ahora. A mí sonaba su cara cuando se mudó al bloque. Cuando yo trabajaba en Algeciras, él ya merodeaba por allí, vivía en el bloque de frente y era un estúpido”.

-Confabulación. Son recuerdos falsos que aparecen repentinamente y sin un proceso de elaboración, con idea de rellenar vacíos de memoria y no de engañar a los demás (como en la mitomanía). No tienen conciencia de la falsedad (a diferencia de la mitomanía) y se muestran de modo espontáneo descubriéndose fácilmente la falsedad de lo afirmado. Se asocia a los problemas amnésicos (ver apartado B.2).

Un paciente mayor, con severos trastornos de la fijación, al no acordarse de lo que sucedió el día anterior dice haber recibido la visita de sus familiares de Madrid. Sin embargo, estaba claro que este hecho no sucedió realmente y que, la última vez que estos acudieron a visitarlo, fue hace 1 mes y medio; se añade que, por cuestiones de trabajo, no pueden bajar a Sevilla de modo frecuente.

-Alucinación del recuerdo. Rememoración espontánea de un hecho que se cree un recuerdo sin serlo tratándose, por consiguiente, de un suceso que no ocurrió en realidad. Sucede como si de pronto recordara algo que hasta ese momento tenía olvidado, acompañándose del sentimiento de haber ocurrido mientras se hallaba en un estado anormal de conciencia (desmayo, hipnosis, anestesia, efecto fármacos, etc.) en el que fue instrumento de la voluntad de otra persona.

Una paciente se “dio cuenta” de que, en el transcurso de una intervención quirúrgica y bajo el efecto de la anestesia, fue violada por el anestesista y sus ayudantes.

B) De lo percibido. Antes vimos que el fallo del reconocimiento puede afectar a un recuerdo evocado y ahora este fenómeno puede relacionarse con algo que se tiene delante (un objeto o una situación); en consecuencia, la situación percibida no es reconocida. Existen varias posibilidades:

a) Paramnesias. Se altera el sentimiento de familiaridad, con diferentes modos de presentarse:

-Dejá vu o dejá vecu. “lo ya visto” o “lo ya vivido”. Una situación nueva se cree experimentada antes de modo exactamente igual, teniendo la sensación de poder predecir la secuencia que va a continuar (p. ej. las palabras que se van a decir). Puede aparecer en personas normales y, cuando el fenómeno es patológico, adquiere un inusitado grado de realidad, mostrándose en la epilepsia temporal, los traumatismos cráneo-encefálicos y las fases maníacas.

-Jamais vu o jamais vecu. “Lo nunca visto” o “lo nunca vivido”. Es lo contrario del caso anterior: una situación antes experimentada parece completamente nueva. Surge, evidentemente, en circunstancias familiares para el sujeto que lo padece. Se muestra en epilépticos temporales.

-Confusión del reconocimiento. El sujeto reconoce a personas que ve por primera vez, identificándolas como conocidos. Puede ser signo incipiente de estado confusional (tóxico), acompañar a amnesias retrógradas o aparecer en el contexto de una esquizofrenia.

Un esquizofrénico crónico ingresado en la Unidad de Agudos del Hospital ve a un médico por primera vez y lo identifica con vecino de la infancia, al que hacía mucho tiempo que no veía.

b) Agnosias. Consiste en una falta de reconocimiento de campos parciales de la memoria sensorial de origen neurológico. Los objetos no son reconocidos por sus cualidades, a pesar de no existir alteración en las sensaciones. Pueden ser: visuales, auditivas o táctiles. No nos metemos en ellas, ya que se tratarán en Neurología.

6.2.3. Trastornos del olvido.

En estas alteraciones psicopatológicas los recuerdos permanecen indebidamente en la conciencia, provocando una interferencia continua en los procesos mentales. Se incluyen aquí los llamados “recuerdos parásitos”, en los que ciertas representaciones son imposibles de eliminar y, mientras más esfuerzo se realiza, más se exagera su presencia. Puede presentarse en personas normales en determinados momentos de su vida, pero muestra cierta predilección por la personalidad obsesiva (p. ej. una tonadilla persistente, una imagen vista en televisión que se repite una y otra vez, la impresión de un accidente visto).

BIBLIOGRAFÍA.

1. Jaspers K. Psicopatología General. Mexico: FCE, 1993.
2. Rojo sierra M. Psicología y psicopatología de la percepción, memoria y fantasía. Barcelona: Eunibar, 1980.
3. Stern W. Psicología General. Buenos Aires: Paidós, 1957.

Capítulo 7º. Psicología y psicopatología del pensamiento.

7.1. Psicología del pensamiento.

7.1.1. Concepto de pensamiento. Esta nueva función se dedica a dotar de sentido a las imágenes percibidas y/o guardadas en la memoria, aportando algo nuevo a dichas imágenes. Ello supone el paso de lo sensorial a lo racional, permitiendo codificar la información de manera abstracta.

Se dice que el pensamiento opera mediante símbolos siendo, en consecuencia, una actividad simbólica. No se trata de imágenes ya que estas se encuentran ligadas de manera permanente al objeto (recordemos la fórmula de la percepción: $O = Ip$), sino que son elementos que sustituyen al objeto en sí, pudiendo referirse a él sin necesidad de tenerlo presente; de ahí que los símbolos sean “representativos”.

Si quiero hablar ante mi audiencia de elefantes y diferenciar el africano del asiático, no tengo que traerlo al aula y hacer que pase por la puerta de entrada, en contra de las dificultades. Simplemente, tengo que hablar de él. Análogamente, las clases que se imparten en la Facultad de Medicina tienen esa misma característica ya que, para hablar del infarto de miocardio o de la tuberculosis pulmonar, no hace falta acudir con estos enfermos al aula evitando así riesgos innecesarios (para el paciente o para el alumno).

Véase que el pensamiento se desprende lo sensorial y también de las coordenadas espacio-temporales (p. ej. la idea que tenemos de un “canguro” es, ha sido y será siempre la misma, es transtemporal). Al mismo tiempo, los símbolos con los que cuenta el pensamiento pueden llegar a formar un conjunto ordenado, un sistema (filosófico, político, científico, etc.). El pensamiento permite:

a) Reflexionar. Si bien con la memoria la conciencia se transformaba en “histórica”, al añadir la dimensión temporal a la misma, con el pensamiento se transforma en “reflexiva”. Ello permite “comprender” o entender tanto la realidad exterior, como a uno mismo y a los demás. También posibilita “elaborar”, que significa metabolizar psicológicamente una idea, un concepto, una experiencia, un malestar, etc.

Un ejemplo de elaboración muy cercano a la Psicología Médica es cuando un paciente que ha sido diagnosticado de una enfermedad grave (p. ej. un cáncer) y tiene que asumirla. Este proceso no puede hacerse en el mismo instante en que el médico transmite el diagnóstico; antes al contrario, requiere un tiempo que difiere según la persona (“tiempo subjetivo”). En el mejor de los casos, el resultado de dicha elaboración será que el paciente acepta la enfermedad y, como consecuencia de ello, toma las decisiones oportunas. Si no se completa el proceso de aceptación, fallará en sus actuaciones.

b) Idear. Indica que el pensamiento construye sus eslabones que son representaciones abstractas de los objetos del mundo (p. ej. mi idea de lo que es un “cometa”, una “pareja”, la “religión” o “ser madre”), que permiten conocerlo de una manera mucho más eficiente. Los productos del pensamiento quedan guardados en la “memoria semántica” (ver capítulo 6°).

c) Opinar/valorar. En este caso interviene la afectividad y tiene que ver con las creencias (religiosas, políticas, sociales, etc.).

d) Interpretar. Indica que a la realidad vivida le asociamos un significado que creemos cierto, un fenómeno que también se halla matizado por la afectividad y relacionado con creencias personales.

e) Planificar/proyectar. Con esta acción el pensamiento se dirige al futuro, una vez que se ha comprendido la situación que se está experimentando y contempladas las posibilidades existentes.

De acuerdo con lo anterior, las creencias son formas arraigadas de pensamiento que se mueven en la certeza (“certidumbre subjetiva”) si bien, cuando no están elaboradas surge la duda. Los obsesivos, como veremos más adelante, nunca alcanzan la certeza desarrollándose en esta última.

7.1.2. Procesos del pensamiento. Como vemos esta función resulta fundamental para poder vivir, sobre todo en las sociedades complejas en las que estamos instalados, ya que posibilita el análisis de las circunstancias que nos rodean, sobre nosotros mismos y la relación que mantenemos con aquellas. Leonardo da Vinci decía: “quién piensa poco, se equivoca mucho”. Ahora bien, el pensamiento consta de una serie de procesos encadenados:

A) Creación de conceptos. Los conceptos son los eslabones del pensar y se forman por un mecanismo llamado “abstracción”, que significa captar lo esencial de los objetos a los que se refieren, una vez guardados en la memoria en forma de Rm. Para lograrlo, hay que desensorializar las múltiples Rm obtenidas a partir de la experiencia, esto es, retirarles las coordenadas espacio-temporales en las que se produjeron.

Si tengo delante de mí una mesa redonda, pequeña y baja, que se encuentra ubicada en mi dormitorio, está claramente unida a las circunstancias en las que la capto, tratándose de “esta mesa” concreta. Al mismo tiempo, soy capaz de quitarle las cualidades de pertenencia a un espacio (aquí en mi dormitorio) y a un tiempo (ahora en este momento) y llegar a formar el “conjunto de las mesas”. En este podrían caer muchas que contemplé en otras ocasiones: mesas enormes de comedor, de un solo pié, metálicas, de velador, ovaladas, etc. El proceso que me lleva a formar esta categoría de “mesas” es la abstracción y, obviamente, sus productos ya no se encuentran atados a ninguna circunstancia particular.

El resultado de este proceso es la formación de símbolos de los objetos, que posibilitan la reflexión sobre ellos. Incluso pueden formarse sobre objetos inexistentes en la realidad material (p. ej. la esperanza, la función derivada, el perdón, Dios, el infinito, etc.) y permiten la creación de una teoría sobre cada uno de ellos. Un aspecto importante a considerar es el siguiente: en la abstracción interviene la inteligencia; mientras más dotado esté un individuo, sus conceptos serán de más calidad. Cuando la inteligencia es baja, la persona es incapaz de abstraer y utiliza las imágenes en lugar de los conceptos; en tal caso se habla de “preconceptos”. Son muchas las personas que al pensar lo hacen empleando imágenes concretas y, si este fenómeno es muy acusado, la persona es incapaz de realizar estudios superiores.

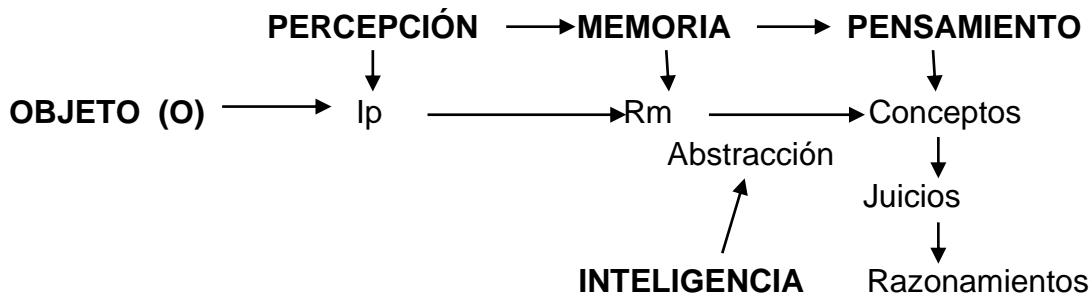
B) Formación de juicios. Se incluye entre las asociaciones que tienen lugar en el pensamiento; en concreto, un juicio implica la conexión de dos o más conceptos (o “preconceptos” en los menos inteligentes) y expresa la postura que tenemos ante un determinado concepto o realidad (p. ej. “la comida japonesa no está buena”, “el álgebra me produce jaquecas” o “el fútbol es un deporte muy aburrido”).

La combinatoria de los conceptos a la hora de formar juicios es sorprendente. Así, si tengo en mi cabeza los conceptos de “golfo” y de “guerra” puedo formar un conjunto de juicios derivados de las combinaciones posibles entre ellos, como es el caso de: “la Guerra del Golfo”, “el golfo se va a la guerra”, “la guerra está promocionada por los golfos”, “hay que ser muy golfo para intentar acrecentar la fortuna personal a costa de una guerra”, etc.

Habría que distinguir las “ideas” de las “creencias”. El filósofo español Ortega y Gasset tiene un libro en el que las diferencia (1). Las ideas se refieren a conceptos científicos, pudiendo ser verdaderas o falsas y en ellas el sujeto no se encuentra implicado. En cambio, las creencias se relacionan con conceptos valorativos, no poseyendo “valor de verdad” (no puede decirse de ellas si son verdaderas o falsas) y mediante ellas interpretamos la realidad (familiar, social, interpersonal, cultural, sexual, etc.); en tales casos, el sujeto se encuentra implicado y pueden dar lugar a los prejuicios (p. ej. “la mejor manera de vivir es bebiendo, comiendo y durmiendo”, “los negros tienen una inteligencia inferior a los blancos”).

El estadounidense Leon Festinger (en 1957) describió la “disonancia cognitiva” para referirse al choque o tensión entre creencias, que lleva al individuo a sentir cierta incomodidad y a buscar la coherencia interna que no posee. Resulta sorprendente cómo una persona puede vivir metido en creencias que resultan contradictorias, sin salir de ellas; veamos un caso:

Un paciente de 32 años, que se confiesa homosexual y casado con otro hombre, sale en su cofradía portando una bandera del Vaticano, con los colores amarillo y blanco. La pregunta está cantada: ¿cómo es posible que, siendo homosexual, pueda portar la bandera de una organización que prohíbe de manera tácita la unión (matrimonial) entre hombres? Lo paradójico del caso es que lleva muchos años en esta contracción.



C) Deducción de conclusiones o razonamiento. Surge este último de la combinación o encadenamiento de juicios y su destino es la creación de otros nuevos, no conocidos anteriormente (las conclusiones). El “curso del pensamiento” consiste en cómo se van realizando las correspondientes asociaciones a lo largo del tiempo, hasta llegar al final y da cuenta de cómo fluye y como se organiza esta función psicológica. El pensamiento normal es fácil de seguir porque es lógico y posee capacidad de síntesis y de dirigirse a un objetivo determinado cosa que, como veremos después, no sucede en las alteraciones correspondientes. La asociación conceptos y juicios en el curso del pensamiento se encuentra regulado por el tema fundamental (“línea directriz” o “tendencia determinante”), que es el hilo conductor de dicho pensamiento.

El pensamiento de un paciente muestra claramente su logicidad, cuando afirma: “la vida que llevo está vacía y lo está porque no me gusta mi trabajo y me aburro tremendamente con mi pareja. Si soy joven puedo hacer algunos cambios en mi vida, por consiguiente, puedo volverme activo y modificar algunas circunstancias que me rodean para lograr sentirme mejor”. Lo que dice sigue una “línea directriz” clara, que es la marcada por la preocupación que siente respecto a su existencia; esta sería la siguiente:

Vida vacía → No me gusta mi trabajo, me aburro con mi pareja → Tengo que modificar mis circunstancias

Según lo expuesto, muchas personas dicen “pensar mucho” y lo que hacen realmente es repetir los mismos juicios; para pensar de modo efectivo hay que sacar conclusiones y que estas sean novedosas. Según esto, mucha gente que dice pensar no piensa realmente o no llega al final de pensamiento (las conclusiones novedosas), como vemos en el siguiente caso:

Una paciente de 43 años, se lleva buena parte del día diciendo: “estoy muy mal”, “¡qué mal estoy!”, “esto que yo tengo no es vida”, “debería estar mejor porque no tengo problemas importantes”, “no puede ser que esté tan mal”, etc. En realidad no sabe pensar y la psicoterapia que realiza está ayudándola a salir de la repetición interminable, sabiendo que el pensamiento humano es creativo, pues consiste en la aparición de nuevos juicios. Tras un tiempo de análisis, por fin saca sus primeras conclusiones: “me he dado cuenta de que estoy mal porque me producen mucho miedo los cambios y prefiero, bueno he preferido toda mi vida, mantenerme con las cosas que tengo, aunque no me satisfagan antes de que se mueva un pelo”.

D) Propiedad del pensamiento. El pensamiento humano tiene dos propiedades susceptibles de alterarse en los procesos patológicos:

a) La voluntariedad. Consiste en sentirse dueño del propio pensamiento, lo que puede contemplarse en la posibilidad de iniciarlo, cambiar de tema, retenerlo el tiempo que desee o precise en la conciencia y finalizarlo. Si se altera, el paciente siente que ha perdido el dominio sobre su propio pensar, haciéndose autónomo y no pudiendo evitar el flujo de ideas que lo inundan (ver luego).

b) Privacidad. Una segunda característica del pensamiento consiste en ser íntimo y personal, algo que le pertenece al propio sujeto. Permanece oculto a no ser que lo exprese verbalmente, de manera que los demás no pueden saber su contenido, ni influirlo o cambiar su curso directamente. Se altera cuando el paciente cree que los demás conocen sus ideas, se las quitan, se las roban, les ponen otras nuevas, etc. (ver luego).

7.2. Psicopatología del pensamiento.

Las alteraciones del pensamiento vamos a separarlas de acuerdo con los procesos psicológicos que tienen lugar en esta importante función (2) y que estudiamos antes:

7.2.1. Trastornos del concepto. El concepto se altera cuando se afecta la abstracción, por carecer el sujeto de la capacidad de formar categorías desligadas de las I_p o R_m concretas o bien, por inventar conceptos inexistentes.

A) Alogias. Consiste en la ausencia de conceptos debido a la incapacidad para construirlos. Se pone de manifiesto como una pobreza del lenguaje hablado, tanto en el contenido como en la expresión. Las alogias pueden ser:

-De entes. Referidas a los objetos perceptibles, lo que ocasiona un apego a lo concreto. El pensamiento se muestra vacío de contenido, conduciendo a una dificultad para generar temas y dotarlos de la información adecuada. Pueden ser congénitas (deficiencia intelectual) o adquiridas (aislamiento, cuadros orgánicos cerebrales y esquizofrenia).

-De valentes. Referidas a valores morales, en cuyo caso se objetivan graves faltas éticas en el comportamiento. Se presenta en las psicopatías y en las encefalopatías del lóbulo frontal; conviene recordar que este último es la parte del cerebro que regula los comportamientos éticos.

B) Paralogias. Consiste en la utilización de conceptos comunes, pero con un significado distinto al habitual. Se presenta en la esquizofrenia (aunque también puede aparecer en las afasias).

Un paciente esquizofrénico ingresado dice lo siguiente: “estoy bien aquí, no puedo quejarme, pero seto. En el control de enfermería me dieron la medicación y seto. Yo quiero que mi familia venga a verme, seto”. Todos conocemos esta palabra que tanto repite el paciente y, en la acepción común, significa: “cercado hecho de matas o arbustos”, pero estamos seguros de que el paciente no emplea el término en este sentido. De ahí que hubiera que preguntarle sobre el significado. Presto responde: “seto, doctor, significa sé-todo, porque sé lo que está ocurriendo aquí dentro”. El paciente pensaba que se había urdido un complot contra él y que, dentro del hospital, se habían infiltrado algunos de sus perseguidores, pero él sabía (se-to) lo que estaba pasando debajo de unas apariencias inocuas.

Otro paciente esquizofrénico comentó en la consulta que había conocido una nueva “loncha”, pero el significado de esta palabra para él tampoco era el habitual. Una “loncha” es “una porción poco gruesa de alimento, que se corta o separa de la pieza entera” (según la RAE). Para el paciente las “lonchas” eran las mujeres gorditas, que eran las que le atraían a él.

C) Neologias. Aquí nos referimos a la creación de conceptos nuevos, inexistentes en el lenguaje común, cuyo empleo altera la comunicación con el paciente. Aparece en la esquizofrenia, como producto de experiencias inusuales o aportadas por las pseudopercepciones, lo que obliga a preguntar al paciente por el significado, puesto que no podemos saberlo de antemano.

Un esquizofrénico separado de su mujer, habla de “ardela”. Al preguntarle sobre este término, indica que aquella tiene que “arder: “arde-la” (= “arde-ella”).

Otro esquizofrénico dice no saber cómo coger bien el “sujetalapas”. Al preguntarle qué quiere decir esa palabra, añade que: “es un recogedor de basura de la casa, pero lo he diseñado yo mismo con un cartón que he doblado y un sextin”. De nuevo emplea un neologismo que obliga a volver a preguntarle; responde: “es como un gancho de alambre, pero acodado y retorcido sobre su eje mayor y no tiene protuberancias ni salientes, lo que dificulta poder agarrarlo”.

7.2.2. Trastornos del juicio. Suele decirse de alguien que “ha perdido el juicio” y es una expresión correcta, ya que los trastornos del juicio implican formas de locura reconocidas por los clínicos. Aquí se estudian alteraciones que perturban el sentido compartido, pues aparecen afirmaciones absurdas e imposibles, con dos formas de presentación:

A) Modalidad de la duda: ideas obsesivas. Son pensamientos (o ideas) que se imponen en la conciencia, viviéndose como propios (vienen del interior) y que muestran las siguientes características:

-Son absurdas, El sujeto no se las cree (al contrario de lo que ocurre en el delirio), pudiendo ser absurdas debido a su persistencia (aparecen una y otra vez y no desaparecen) o al contenido que muestran (lo que expresa no tiene ninguna lógica).

Una mujer de 49 años, dice metérsele en la cabeza la siguiente frase: “¡qué bien que soy machorra!”. Lucha contra esta idea, pero vuelve una y otra vez, al tiempo que intenta rechazarla argumentando: “¡pero si a mí me gusta mucho mi marido!”, “es imposible, porque a mí no me gustan las mujeres”, etc. A pesar de ello la idea reaparece continuamente.

A otra paciente de 35 años, se le venía a la cabeza una retahíla imparable: “hoja de papel, hoja de afeitar, hoja del árbol, hoja de la navaja, hoja del cuchillo” y luego volvía a empezar.

-Egodistónicas: no son deseadas por la persona que las padece.

-Repetitivas: son insistentes, presentándose constantemente, aunque el sujeto no lo quiera.

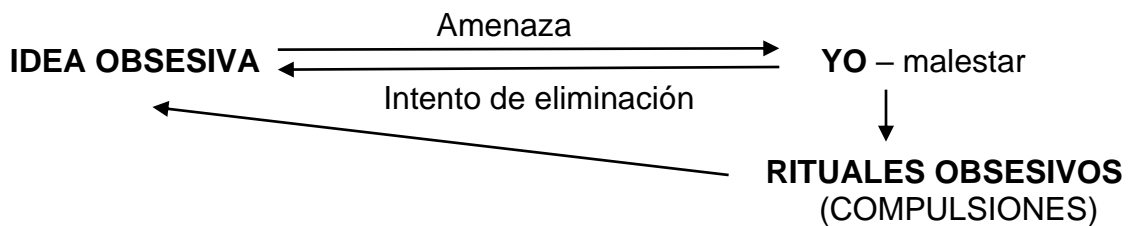
-Provocan malestar, en forma de angustia (disconformidad interna), culpa (autorreproches) o duda.

-Ocasionan una lucha interna para eliminarlas de la conciencia. Efectivamente, la idea obsesiva asalta al yo y este intenta rechazarla y, mientras más lo hace, más vuelve. Se entabla así una lucha sin cuartel entre el yo y obsesión y es posible que el yo responda realizando actos para condenarla o hacerla desaparecer; estos últimos son los llamados “rituales obsesivos” o “compulsiones”.

Este es el caso de una monja joven (de 28 años) quién, mientras deambula por el convento, acuden a su cabeza distintas imágenes que “la amargan”. Una de ellas consiste en que, al caminar por el pasillo y tener delante un gran Cristo crucificado, le mira el “paquete” y entonces grita: “ya he pecado” y tiene que ir inmediatamente a confesarse (ritual obsesivo). En otro momento, pasando por un lugar del edificio, contempla un cuadro en el que se ve a Cristo resucitado y a la Magdalena arrodillada a sus pies y piensa

que “le está haciendo una felación”. Inmediatamente se asusta de su “malvado” y “sacrílego” pensamiento y vuelve a confesarse. De nuevo, encontrándose en la capilla y contemplando a una Virgen en estado de dormición, con la mano sobre el vientre bajo, se le viene a la cabeza que “se está masturbando”; de nuevo requiere confesarse. Finalmente, el sacerdote le indica que debe seguir un tratamiento psiquiátrico porque “no ve ningún pecado en aquello que se le viene a la cabeza involuntariamente” y es cuando la remite a la consulta. Ella cree que se trata de un problema de orden religioso, cuando en realidad es psicopatológico.

Si las obsesiones son intensas, el sujeto, a duras penas, llega al final del día, un día que le supone una tortura; entonces el sueño se convierte para ellos en un verdadero descanso, después de una pelea que se mantiene sin variación todo el día. El siguiente grafo demuestra el laberinto mental en el que se ve abocada la persona cuando presenta este síntoma característico:



Las ideas obsesivas pueden tener diferentes temáticas, las más frecuentes son: la contaminación (ensuciarse al tocar algo o contagiarse), indecisión (efectos negativos por haber hecho algo o dejar de hacerlo), religión o metafísica (preguntas sin respuesta), orden (conseguir una disposición determinada de los objetos) y las prohibiciones (actos sexuales o agresivos).

B) Modalidad de la certeza: ideas delirantes. Se trata de productos del pensamiento que adoptan la forma de creencias y que presentan las siguientes características:

-Falsas. Absurdas o de contenido inverosímil (p. ej. está convencido de que los extraterrestres lo han elegido para una misión aún por determinar).

-Certeza absoluta. El sujeto las cree ciertas, hasta llegar a una convicción extraordinaria.

-Incorregibles. Son irrefutables por los caminos de la lógica y del razonamiento y por la experiencia, es decir, que no admiten discusión. Un caso clínico puede aclararlo:

Se trata de un paciente de 42 años, que cree firmemente que su mujer lo engaña con un vecino del bloque de frente. Tiene “pruebas” de esta infidelidad, pues ha encontrado en el suelo de su casa un líquido blanquecino y viscoso que asimila al semen. En realidad se trata de las babas de su hijo pequeño. Pues bien, ha tomado este líquido, lo ha metido en un bote y lo ha llevado al laboratorio para ser analizado. El resultado ha sido negativo y, lejos de dejar de creer en la infidelidad de su mujer, ha llegado a pensar que el director del laboratorio está compinchado con el amante de ella. La evidencia, en sí misma, no hace que el paciente critique su delirio.

-No explicadas culturalmente. No se explican por los valores sociales, culturales o religiosos o por la pertenencia a un determinado grupo. Los productos culturalmente derivados pueden llegar a provocar en todo caso “pseudodelirios”, que son compartidos por los miembros de la comunidad, pero no son auténticos delirios. Así, las ideas religiosas, mágicas o políticas que comparte un grupo no son delirantes.

-Origen patológico. No es un producto del grupo social al que sujeto pertenece, sino que es el resultado de la patología.

Estas características hacen que el delirante se encuentre aislado, pues sus afirmaciones no pueden ser aceptadas o compartidas por las personas de su misma clase, educación, raza o etapa vital.

Las ideas delirantes pueden ser de dos tipos:

a) Ideas delirantes secundarias o deliroides. La alteración del juicio es secundaria a la de otra función psicológica; por lo tanto, el juicio es normal pero elabora los errores procedentes de otra esfera psíquica. Se registran en este caso falsas interpretaciones (deliroides). Las ideas delirantes secundarias pueden ser:

-Perceptivas. Explican los fenómenos perceptivos (p. ej. en el caso de alucinaciones o pseudoalucinaciones).

-Afectividad. Cualquier alteración del humor (como es la tristeza, la alegría o la desconfianza), puede acompañarse de ideas deliroides. Veamos un caso de fase maníaca:

Una paciente de 35 años, administrativa de profesión, cree poseer una gran fortuna. Acude a su banco solicitando 20.000 euros en billetes de 20; como no lo tienen en ese momento, la emplazan para la última hora de la mañana, momento en el que ella acude a la entidad retirando el dinero. A continuación, se coloca en una calle céntrica de la ciudad y empieza a repartir billetes de 20 euros a quién pasaba por su lado. La gente creía en un principio que se trataba de billetes de propaganda, hasta que alguien gritó: ¡que son de verdad! En ese instante, se forma una cola inmensa y la

paciente va dándole a cada uno su billete. Explica que ella, al ser rica, tiene que “ayudar a los demás que tienen muy poco y algunos no llegan a fin de mes”. Si alguien vuelve a ponerse en la cola, se da cuenta enseguida, lo amonesta y le da el billete. Esta situación tan extraordinaria acaba con la llegada de la policía y el correspondiente ingreso hospitalario de la paciente.

-Situaciones especiales: sordos, ciegos, emigrantes, presos, soltería, etc.

Una mujer deforme (con una joroba y una bota de alza en uno de sus miembros inferiores) y soltera, está bastante preocupada porque los hombres la miran cuando va por la calle, lo que le provoca un gran bochorno. Llegan a sacar la cabeza por la ventana del bar para mirarla y algunos hasta le hacen gestos obscenos, que ella recibe con vergüenza e indignación.

b) Ideas delirantes primarias. Suponen una patología del propio pensamiento que llega a invadir la vida psíquica del paciente, surgiendo de modo independiente a cualquier otra alteración (sensorial o afectiva) o a sucesos de la vida cotidiana. El fenómeno se convierte en el eje de la existencia del paciente. Presenta de tres modalidades vivenciales:

-Percepción delirante. Se atribuye un significado anormal a una percepción correcta, sin que haya una relación comprensible y no existiendo elaboración lógica alguna. Se produce de manera inmediata o correlativa con dicha percepción. Tiene el carácter de imposición (viene de afuera y no es producto de la mente del paciente) y de ser autorreferencial (siempre se refiere a él). Resulta ser una manifestación clínica muy importante para el diagnóstico de esquizofrenia. Con un ejemplo quedará bastante claro:

Un paciente esquizofrénico joven ha visto cómo, tras un día de lluvia en la ciudad, hay charcos con agua teñida de rojo por el barro (percepción normal) y, al momento, piensa “me van a chupar la sangre” (formación delirante). Véase la existencia de las dos partes en el fenómeno:

Agua roja	→	Me van a chupar la sangre
-----		-----
PERCEPCIÓN CORRECTA		DELIRIO ADOSADO (significado anormal)

-Ocurrencia delirante. Consiste en una inspiración o corazonada que surge de repente y sin apoyo alguno en la realidad. Entonces, el sujeto adquiere un conocimiento de un hecho falso, pero que es evidente para él; aparece como un “jeureka!”, ya que adopta la forma de un descubrimiento.

Un esquizofrénico cae en la cuenta, de repente, de que existen antecedentes reales en su familia, sin existir ninguna evidencia que lo respalde o en la que apoyarse.

-Representación delirante. Los recuerdos adquieren nuevas significaciones, interpretando el pasado sobre la base de la configuración delirante. Aquí el paciente no inventa ningún recuerdo, sino que, a los recuerdos correctos, les añade la significación anómala (véase las “ilusiones mnésicas” en el apartado 6.2.2. Trastornos del reconocimiento).

Un paciente esquizofrénico afirma ser “hijo de un gitano” y no de su padre real. Llega a esta conclusión a partir de las reverencias que le hicieron los presentes en uno de sus cumpleaños. Estos gestos fueron reales pero, según relata la familia, se trataba de una simple broma. En otra ocasión, apoya la misma afirmación delirante en ciertas actitudes del padre, con las que mostraba que deseaba apartarlo de su lado.

Los temas de los delirios pueden ser extraordinariamente variados, mucho más que en el caso de las ideas obsesivas, de ahí que sea posible agruparlos como sigue:

a) Los referidos al cuerpo. Son los: hipocondríacos (cree tener una enfermedad incurable), de infestación (existen parásitos debajo de su piel que le provocan grandes molestias o tiene gusanos dentro de su cuerpo), dismórfico (su cuerpo tiene un defecto por el que los demás lo miran y se burlan de él) y nihilista (sus vísceras se encuentran en descomposición, por eso exhala mal olor).

b) Los que se refieren al yo, de manera que este puede sufrir distintos movimientos:

-Exaltación (engrandecimiento del yo): megalómano (tiene poderes o habilidades especiales, p. ej. una gran fortuna o es dueño de la banca universal), místico o religioso (es el elegido por Dios y portador de la gracia divina), reforma (tiene un plan de cambio para la humanidad), invención (cree haber hecho un descubrimiento colosal que intenta vender a las grandes empresas).

-Retracción (empequeñecimiento del yo): fracaso (cree haber estropeado su vida), desvalimiento (es incapaz de hacer cualquier cosa o de hacer frente a los problemas de la vida), culpa (está convencido de haber hecho algo imperdonable o es responsable de cuanto sucede a su alrededor), ruina (ha perdido sus posesiones materiales y está arruinado).

-Cambio (conversión en otro). Son los delirios de transformación o transítivismo: licantropía (se convierte en un lobo), sexo (se transforma en mujer), personificación (es Napoleón o Hitler).

c) Los que asientan en la relación interpersonal: influencia (alguna fuerza extraña actúa sobre él, habiendo perdido su voluntad), control (están al tanto de lo que hace), peligro (su vida está en juego, p. ej. lo quieren enterrar vivo), amenaza (alguien le observa y quiere perjudicarlo), persecución (es el delirio más frecuente, existe un complot contra él, le siguen y quieren raptarlo o asesinarlo), perjuicio (el daño es moral: lo calumnian o lo ignoran), referencia (se refieren al paciente, los gestos ajenos le dicen algo), alusivo o de significación (las cosas están puestas para él, existe un sentido oculto que lo explica todo). El siguiente es un delirio de persecución:

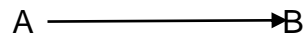
Un paciente de 38 años dice ser perseguido por la KGB y por la CIA y, a tanto llega, que le ponen espías cerca de su casa. Cuando se asoma a la ventana con sigilo, siempre descubre a alguien mirando hacia arriba y entonces todo queda claro: “se trata alguien nuevo que han mandado a vigilarme”. Añade: “no salgo ni una sola vez de casa que no haya alguien pendiente de mis movimientos”. Está completamente convencido de que esto es cierto y no comprende cómo siendo un simple empleado de correos, que jamás se metió con nadie, es posible que estén detrás de él organizaciones tan importantes. No sabe qué buscan de él, pero el caso es que lo siguen de cerca.

d) Los referidos al plano erótico: erotomaniaco (alguien de nivel superior está enamorado de él/ella), celos (está convencido de que su pareja le es infiel), alusión homosexual (le dicen maricón por la calle mediante gestos o le hacen insinuaciones en este sentido). El siguiente es un caso de un delirio erotomaniaco:

Una mujer de 58 años, hace tiempo que cree que el rey Felipe VI está profundamente enamorado de ella, pero su condición de realeza le impide hacerle una declaración formal y en toda regla. De ahí que se comuniquen con ella a través de las cartas que echan en su buzón, procedentes de Endesa, Hacienda, anuncios varios, etc. En las de Endesa distingue perfectamente el mensaje del rey, sobre todo cuando al final del escrito dice “afectuosamente”. Cree que una empresa tan seria como esta no puede utilizar esa palabra, que se expresa en circunstancias de proximidad; luego está insertada en el texto por orden del rey, tratándose de una insinuación encubierta de amor; añade: “nadie se da cuenta de ello, excepto yo”.

e) Finalmente, quedan una serie de ideas delirantes que son extrañas: transformación cósmica (sucederá el apocalipsis muy pronto) y fantásticas (los extraterrestres han contactado con él/ella).

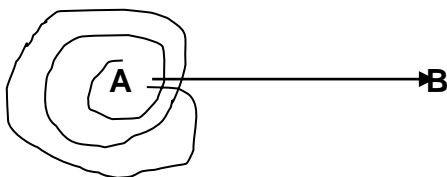
7.2.3. Trastornos del razonamiento (forma del pensamiento). En este apartado estudiamos las alteraciones del curso del pensamiento, en las que se afecta la “línea directriz”, que permite seguir las premisas hasta la conclusión (de ahí que se llamen también “trastornos del razonamiento”) (2); en cualquiera de ellos resulta imposible seguir el discurso del paciente. El pensamiento normal es “fluido” y en él las asociaciones transcurren de manera fácil y ligera, describiendo someramente las ideas marginales para remarcar la principal, que queda perfilada con claridad. Puede representarse de la siguiente forma:



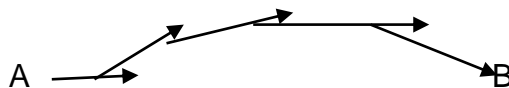
A) Pensamiento lentificado/inhibido. Aquí el pensamiento fluye lentamente; en tal caso, asistimos a un retardo de su curso, de manera que al paciente no se le ocurren ideas. Un extremo del mismo es el llamado “pensamiento inhibido”. Aparece en depresivos, en la enfermedad de Parkinson y en la demencia fronto-temporal.



B) Pensamiento perseverante. Presenta una notable pobreza asociativa y el sujeto se defiende repitiendo la misma idea, una y otra vez. Aparece en el deterioro epiléptico, en el t. obsesivo grave y en la esquizofrenia residual.



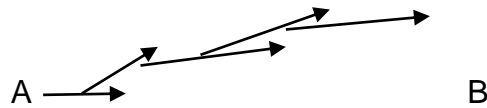
C) Pensamiento divagatorio. Se desvía por momentos y va retomando el curso del pensamiento, pudiendo llegar a la meta. Muchas veces se trata de un síntoma negativo de la esquizofrenia, aunque también es posible hallarlo en los cuadros orgánicos.



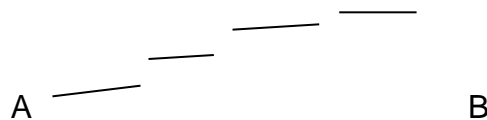
D) Pensamiento fugitivo. Se desvía por completo no consiguiendo llegar a la meta. Las relaciones entre los términos se conserva, pero el conjunto carece de sentido. El paciente habla sin cesar, al tiempo que siente que su cabeza no puede parar, es como una “locomotora”. Se da en el t. ansioso, con el uso de drogas de síntesis y, sobre todo, en la manía.

Un paciente en fase maníaca afirma (de manera rápida): Tenía muchas ganas de venir porque estoy contento con la consulta que tenemos usted y yo. No siempre he estado bien en las consultas, ¡hay cada médico por ahí! Los médicos solo se dedican a las medicinas y no a los pacientes. Un

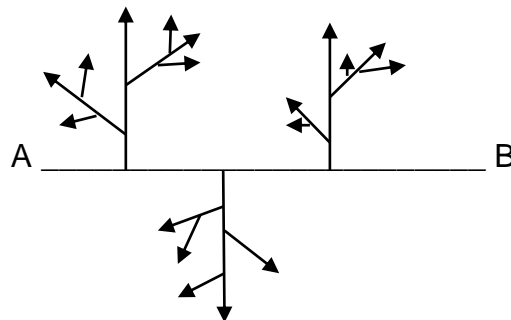
paciente tiene que tener paciencia, que es la madre de la ciencia. No sé si sabrá que la ciencia es universal y completa, por eso yo estudié ingeniería. Los ingenios son útiles porque tienen que ver con los genios. Un genio fue Leonardo y mire como terminó, fuera de su país, exiliado. El exilio es algo que no sienta bien a nadie. A mí no me sienta bien la Coca-Cola...



E) Pensamiento incoherente. Se pierden los eslabones asociativos de los términos del pensamiento, entendiéndose por trozos. Dicho de otra forma: el paciente balbucea frases sueltas, pero son correctas. Tiene lugar en las alteraciones de la conciencia simple (obnubilación) o productiva (alucinatoria).



F) Pensamiento prolijo. Aparece una dificultad para seleccionar las ideas relevantes, surgiendo en la exposición detalles superfluos y una pegajosidad a lo circunstancial. Se recoge un exceso de descripciones, dando la misma importancia a lo anecdótico que a lo fundamental, provocando la sensación de pesadez y cansando al entrevistador. Se pone de manifiesto en epilépticos, en problemas orgánicos y en el déficit intelectual ligero.



G) Pensamiento disgregado. Aparecen asociaciones incomprensibles, de ahí que no se entienda. Las frases son incorrectas y se añaden frecuentes neologismos; en este sentido, aparecen expresiones verbales como la siguiente: “tres más dos menos cuarto incluido en la carnicería”. Deja perplejo al médico ante la irrelevancia de lo que dice y se presenta de modo característico en la esquizofrenia.

7.2.4. Trastornos de la propiedad del pensamiento. En esta alteración el mundo interno del paciente escapa a su propio control, perdiéndose las características que les son propias (ser dirigido voluntariamente y transcurrir íntimamente, sin se muestre al exterior de modo directo).

A) De la voluntariedad: mentismo. Se produce un pensamiento automatizado, presentándose con un desfile de ideas rápido, a veces angustioso e incoercible, que no deja fijar la atención sobre ninguna de ellas. Puede darse en los obsesivos y en el consumo de anfetaminas y psicodislépticos.

B) De la privaticidad: intervención del pensamiento. No se experimenta el pensar como algo propio, sino abierto hacia fuera. En tal caso, alguien o algo (una máquina o “psicomáquina”) impone al sujeto pensamientos que no le pertenecen. Aparece en la esquizofrenia y se presenta clínicamente con una gran riqueza:

-Divulgación del pensamiento. El sujeto cree que los demás con capaces de captar cuanto piensa, de manera directa o inmediata. Cuando acude a consultar y se le pregunta por el motivo de la consulta, el paciente dice: “vd. ya lo sabe”. Incluido en este trastorno se halla el “eco” o “sonorización del pensamiento” donde el paciente escucha en el exterior cuanto está pensando como si fuera por altavoces.

Un esquizofrénico pensaba: “voy a cagar” y se escuchaba en la calle la misma frase pensada, de manera que todos podían escucharlo.

-Robo del pensamiento. Alguien le quita las ideas de su cabeza, quedándose sin ellas. Se queja de no tener pensamientos porque se los han sacado.

-Imposición del pensamiento. Repentinamente le surgen ideas que no son suyas porque realmente no las ha pensado, sino que proceden de otras mentes que las inyectan en la suya.

-Radiación del pensamiento. Siente que su pensamiento no se queda encerrado en su mente, sino que puede colocarlo activamente en la mente de los demás. Es más frecuente en la psicosis inducida por psicodislépticos (LSD) que en la esquizofrenia.

7.3. Psicología y psicopatología del lenguaje.

7.3.1. Psicología del lenguaje. El lenguaje se constituye en la mejor forma de expresión que tenemos y, aunque los animales poseen alguna manera de interaccionar, no muestra la complejidad que aparece en los humanos. En aquellos se halla en relación con lo fáctico del medio en el que se desenvuelven (p. ej. gritos de alarma para avisar de un peligro, informar de dónde se encuentra la comida, etc.) (3).

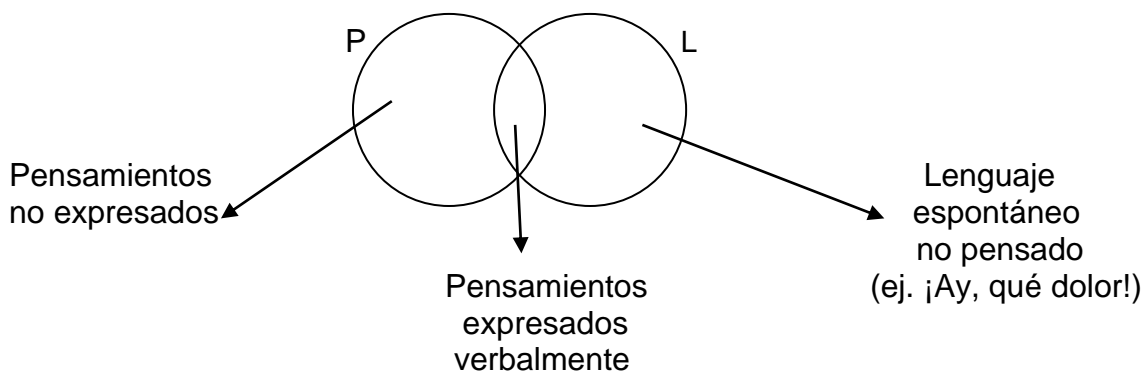
Consiste el lenguaje en la capacidad del ser humano para comunicar mediante signos vocales articulados que poseen un significado (para quién los produce y para quién los recibe). Este es concertado por la masa de hablantes (p. ej. la abertura en una pared exterior hemos acordado que se llame “ventana”,

pero podría denominarse de cualquier manera, de hecho en inglés se dice *window*). Los signos se encuentran organizados de acuerdo con un sistema (la lengua) que posibilita la formación de innumerables frases no pronunciadas antes siendo un fenómeno enteramente creativo (4). Así las cosas, de la “lengua”, común a una masa de hablantes, extraemos los sonidos vocálicos y creamos un “habla”, que es particular de cada sujeto que pertenece a ese colectivo. El lenguaje presupone la existencia de un aparato fonador (laringe, cavidad oral, fosas nasales, etc.) y unos centros nerviosos específicos (centros del lenguaje y vías nerviosas que los conectan entre sí).

Su transmisión es cultural: se necesita que un individuo pertenezca a un grupo humano para poder adquirir una lengua; si el individuo se desarrolla solo, sin contacto alguno, el desarrollo del lenguaje resulta imposible (veremos en Comunicación Asistencial el problema de los llamados “niños ferales”). Así, la biología (genes, sistema nervioso central, vías nerviosas, etc.) es la condición necesaria para hablar, pero no suficiente; es preciso hallarse inserto en un grupo.

La aparición del lenguaje ha sido uno de los grandes hitos de la humanidad, que empezó en forma de gritos, hasta que estos adquirieron un significado concreto llegándose, finalmente, a poder representarse estos sonidos de manera gráfica (escritura); cuando esto sucedió se pasó de la prehistoria a la historia.

La relación entre pensamiento y lenguaje puede representarse mediante dos conjuntos en interacción (ver figura), de tal manera que pueden separarse tres partes que conservan cierta independencia:



7.3.2. Psicopatología del lenguaje. Las alteraciones del lenguaje pueden clasificarse de la siguiente manera:

A) Trastornos de la emisión: mutismo. Es la ausencia total de lenguaje o pérdida de la capacidad del habla, sin que existan alteraciones instrumentales; quiere decir que el motivo es psíquico, mientras los dispositivos neurales se encuentran indemnes (no habla, pero puede hablar). Entre tanto, el sujeto se

encuentra consciente y, por lo tanto, puede comprender lo que sucede a su alrededor.

Se presenta en la esquizofrenia (delirios o alucinaciones, p. ej. una orden alucinada de que no hable o cree que si pronuncia alguna palabra morirá), pero también puede ser psicógeno (histeria).

B) Trastornos del ritmo.

-Verborrea. Consiste en el hablar deprisa o la presencia de una excesiva rapidez en la producción del lenguaje. Aparece de modo característico en los cuadros de ansiedad, en la manía y en ciertas intoxicaciones.

-Tartamudez. Es el bloqueo intermitente del flujo del habla o la tendencia a repetir un sonido, que aparece de modo involuntario. El sujeto se angustia en su esfuerzo por vencer el bloqueo y suele acompañarse de vergüenza, enojo o frustración.

C) Trastornos iterativos. En este grupo se produce la repetición patológica de algún componente del lenguaje.

-Palilalia. Repetición involuntaria de sílabas y palabras de forma espasmódica y uniforme, generalmente con rapidez creciente. Aparece en el Alzheimer y otros cuadros orgánicos (p. ej. infartos cerebrales).

-Estereotipia verbal. Repetición de la misma palabra o frase de forma con evidente inadecuación a las circunstancias. Tiene lugar en la epilepsia y en la esquizofrenia.

Un paciente esquizofrénico presenta el siguiente discurso: “Tengo ganas de poder salir de aquí, un ingreso no le viene bien a nadie, ¡el guión del rey! Tengo que hacer muchas cosas, entre ellas entregar los papeles en la calle Sanchez Perrier, ¡el guión del rey! No puedo descuidar lo que tengo entre manos, la paguita es fundamental para seguir viviendo, ¡el guión del rey!...”. Véase que este contenido frásico “¡el guión del rey!” no tiene ningún propósito comunicativo, ni sirve para transmitir nada y es producido sin ser consciente. Así, al preguntarle: “¿has repetido varias veces el guión del rey? ¿no?”, el paciente responde sorprendentemente: “no, yo no”.

-Ecolalia. Repetición persistente de lo que anteriormente ha dicho el interlocutor, pudiendo acompañarse de la entonación original y, a veces, de los mismos gestos (ecomimia). No existe una comprensión del significado de las palabras repetidas. Es normal su aparición en niños y patológicamente en la esquizofrenia.

D) Trastornos de la significación. En este grupo el lenguaje se hace incomunicable debido a los signos contenidos en él (presencia de términos

inexistentes en la lengua) o a una alteración de las reglas que los combinan entre sí.

-Esquizoafasia. Llamada también “ensalada de palabras” o “locura lingüística”, consiste en una desorganización de la estructura del lenguaje de grado tal que da lugar a conexiones incoherentes e incomprensibles de palabras, no respondiendo a ninguna regla gramatical y careciendo el conjunto de significado aparente. Pueden sumarse los neologismos y paralogismos. Aparece en la esquizofrenia. Tomamos un ejemplo de Rojas Ballesteros (5) para que se vea claro:

A mí me trajeron a España a investigar las inversiones tonsurales. Tenía 50 gérmenes en un ovario y solo le quedan dos para que haya depósito, pues si no estaría esterilizada. Mi tío Descartes, hermano de mi madre, del humanismo general de la clínica forense tiene que darle un hijo a los Reyes Católicos, por cada certificación que presentan al cementerio, incoando un recurso de alzada para retirarlo sin enterrar y llevarlo al laboratorio -al laboratorio de los Reyes Católicos-, en donde lo laboran y si está accidentado lo reparan. Esto lo tiene así toda la vida el Estado....

E) Afasias. Pérdida del lenguaje debida al daño cerebral. Se estudiarán en neurología.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Ortega y Gasset J. Ideas y creencias. Madrid: Espasa-Calpe, 1976.
2. Rojo Sierra M. Psicología y Psicopatología del Pensamiento. Valencia: Promolibro, 1984.
3. García Arroyo JM. Guías docentes (4): Evaluación en lenguaje. Sevilla: APPS, 2017.
4. Hockett C. Curso de lingüística moderna. Buenos Aires: Editorial Universitaria, 1972.
5. Rojas Ballesteros L. Locura y lenguaje. Folia Neuropsiquiátrica 1975; 10 (1-4): 91-108.

Capítulo 8º. Psicología y psicopatología de la afectividad.

8.1. Psicología de la afectividad.

La afectividad es la función dinamizadora de la vida psíquica, a la que aporta colorido y sin la cual todo se tornaría gris y sin tonalidades. Sin ella seríamos un simple ordenador que solo contaría con el procesamiento de la información (percepción, memoria, conciencia, etc.); de este modo, se constituye como un buen complemento a las funciones cognitivas ya tratadas. Al mismo tiempo, la afectividad es lo que nos hace humanos, ya que nos diferencia de las máquinas y los robots, al producirse manifestaciones psicológicas que resultan inéditas en las funciones cognitivas, como son: la rabia, el rencor, la posesión, los celos, la pena, el amor, la culpa, la alegría, el resentimiento, etc.

La afectividad humana es muy compleja y cuando una realidad tiene esta característica, quiere decir que se encuentra compuesta por numerosos elementos que tienen que distinguirse entre sí. De ahí que resulte preceptivo distinguir dentro de la ella distintas modalidades vivenciales: a) emociones, b) afectos, c) sentimientos, d) pasiones y e) estados de ánimo. En este capítulo solo vamos a estudiar los últimos, dado que los cuatro anteriores serán abordados en Comunicación Asistencial.

Los “estados de ánimo” se llaman también “humores”, debido a la teoría del mismo nombre propuesta por Galeno, quién creía que los humores afectaban al temperamento de la persona. Cuando se habla del “estado de ánimo” la referencia son aquellas disposiciones afectivas estables y persistentes y que, por lo tanto, se mantienen en el tiempo (las emociones son fugaces). Adoptan una forma cíclica característica aunque pueden responder a situaciones exteriores (p. ej. si pierdo un trabajo bien remunerado y que me da prestigio profesional, lo normal es que me encuentre triste). Esta forma de presentarse (cíclica) diferencia al estado anímico de las demás vivencias afectivas.

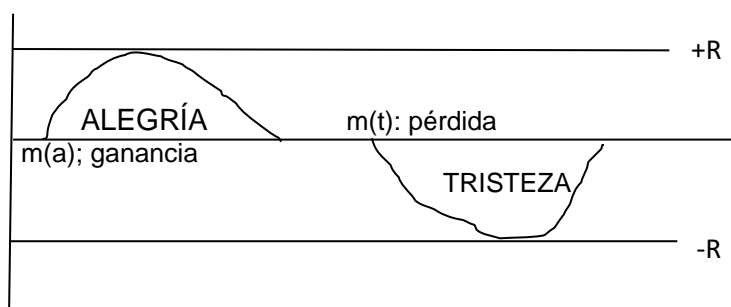
Los estados de ánimo no muestran un patrón vegetativo como las emociones (que provocan: taquicardia, respiración acelerada, sensación de inestabilidad, etc.), aunque sí afectan a los ritmos biológicos (sueño, alimentación, secreciones hormonales, etc.). Influyen, además, en las cogniciones, deformando la manera propia de captar el mundo (la alegría hace que todo se vea “de color de rosa”, mientras que la tristeza tiñe la realidad de “negro”). Afectan también al caudal de recuerdos, de manera que el depresivo, solo recuerda de los hechos negativos de su vida (alomnesia a lo alegre), mientras que si el ánimo se encuentra elevado únicamente se rememoran aquellas situaciones de tonalidad positiva (alomnesia a lo triste) (ver capítulo 6º).

Para introducirnos, y siendo un poco esquemáticos, el estado de ánimo puede dirigirse:

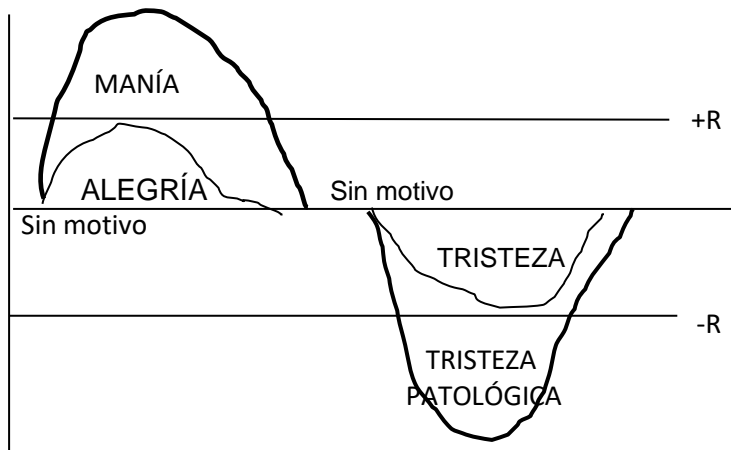
-hacia arriba: la alegría. El motivo que la desencadena suele ser una ganancia (p. ej. conocer a una persona que atrae o conseguir un título universitario) o

-hacia abajo: la tristeza. Se produce a raíz de una pérdida (p. ej. muerte de una persona querida o mudarse de ciudad por motivos laborales hallándose muy arraigado en la que se vive).

En ambos casos, para que el ánimo se considere normal, no puede separarse de la realidad (“principio de realidad”) que dicta cuál es la circunstancia que está viviendo la persona y la relación entre esta y el ánimo que se desencadena.



Cuando el humor escapa a los límites de la realidad, como vamos a ver en la segunda parte de este capítulo, aparece la patología, pudiendo dirigirse: a) hacia arriba: la manía o b) hacia abajo: la tristeza patológica. En ambos casos, como decimos, el sujeto se sale de la realidad y se presentan sin un motivo claro que las determine, como puede verse en la siguiente gráfica:



8.2. Psicopatología de la afectividad.

Comprende dos apartados bien diferenciados, que estudiamos por separado: las alteraciones del estado de ánimo y las de la respuesta afectiva.

8.2.1. Trastornos del estado de ánimo o humor.

A) Distimias. Se llama así a la acentuación del ánimo en una dirección determinada, destacando por su intensidad anormal; llega a arrastrar o englobar a toda la personalidad en esa atmósfera afectiva (holotimia). Hay que tener un poco de cuidado con el término “distimia”, ya que los americanos lo utilizan para nombrar a las depresiones crónicas que, clásicamente, se denominaban “depresiones neuróticas”; esta postura ha invadido las clasificaciones actuales de trastornos mentales (CIE-10) (1). Veamos ahora las diferentes distimias:

-Maníaca. La palabra “manía” viene de “manes”, que en la Roma antigua eran los espíritus de los antepasados, representados por pequeñas figuritas que se colocaban en pequeños altares dentro de las casas (lararios) y que actuaban protegiendo el hogar; al mismo tiempo, se les hacían ofrendas y oficiaban cultos. Clínicamente la manía se caracteriza por la euforia y alegría extremas sin motivo y quién la padece se siente presa de un gran bienestar y poseedor de grandes capacidades. Muestra, además, ausencia de fatiga, presentando una energía desbordante, que le hace estar hiperactivo y desinhibido; puede llegar a la iracundia, sobre todo si le llevan la contraria.

En el pensamiento destacan las ideas deliroides megalomaniacas (contenido), en las que el paciente muestra tener un poder inusitado (cree que es él quién gobierna el mundo o posee una gran fortuna) y la fuga de ideas (forma) (ver capítulo 7º). Estos fenómenos desaparecen tan pronto como se esfuma el trastorno del humor de base.

Un paciente joven aquejado de un trastorno bipolar, en fase maníaca cree que es un gran batería y que le hacen ofertas para participar en conjuntos musicales internacionales. Tiene este instrumento en su casa y se pone a tocarla de madrugada con el correspondiente enfado de los vecinos. Hallándose en un concierto, tras producirse el descanso y los asistentes irse a tomar un refrigerio, el paciente subió espontáneamente al escenario y se puso a tocar la batería, provocando una gran confusión en los asistentes al concierto, pues creían que el concierto se había reanudado. Finalmente, tuvo que intervenir la policía para desalojarlo del escenario, cosa que no lograron fácilmente ante la incompreensión del paciente, dado que ahora los asistentes “escucharían verdadera música”.

La distimia maníaca se presenta en el trastorno bipolar (antes llamado “psicosis maníaco-depresiva) y también en los cuadros maniformes, ocasionados por el uso de corticoides o por enfermedades, como la neurosífilis (parálisis general progresiva o PGP) y la fiebre tifoidea.

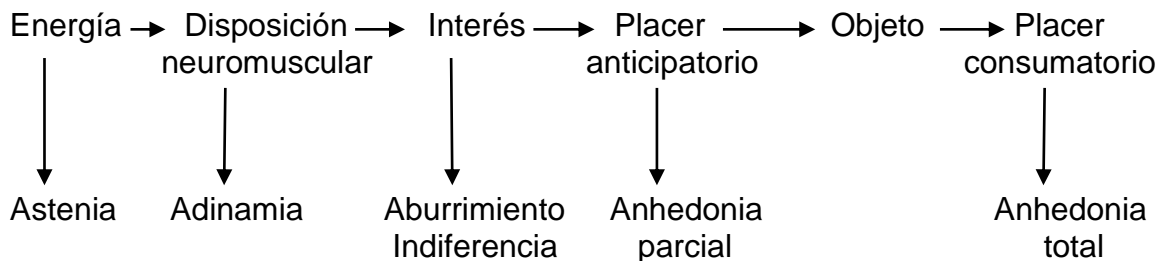
-Depresiva. Presenta dos modalidades: la tristeza “reactiva”, más liviana y relacionada directamente con las circunstancias externas (p. ej. ante la muerte de un amigo) y la “vital”, más intensa y grave, que llega a provocar cambios en el

pensamiento y en la corporalidad. Vamos a dedicarnos un poco más espacio a esta última.

La tristeza vital se acompaña de pena, desesperanza, infelicidad y falta de interés sin un motivo identificable. Se añade la inhibición o la inquietud motoras (el paciente está muy parado o moviéndose constantemente, pudiendo llegar a la agitación), un apagamiento general de la energía y de las capacidades (al contrario que en la manía). Presenta también manifestaciones corporales diversas (cefaleas, lumbalgias, trastornos digestivos, etc.).

Además, el pensamiento se halla enlentecido (contenido) y pueden aparecer formaciones deliroides, cuyos contenidos son la culpa (es el responsable del mal que aqueja a su familia o a su entorno más cercano y es merecedor de un castigo), la ruina (cree firmemente que ha arruinado a su familia o que ya no le queda más dinero en el banco, ni siquiera para sobrevivir) o la hipocondría (está convencido de que tiene un cáncer u otra patología grave e incurable y le queda poco tiempo de vida). Incluso puede aparecer un delirio nihilista (o síndrome de Cotard), en el que sus órganos han desaparecido o están pudriéndose (por eso exhala mal olor y los demás se apartan de su lado).

En el siguiente grafo se proponen una serie de estados próximos a la tristeza, la línea inferior muestra el bloqueo de cada uno de esos elementos. Véase cómo un acto cualquiera, por simple que parezca, requiere de una cadena de elementos que tienen que darse sistemáticamente, para que llegue a su meta (reunirse con el objeto y obtener placer en el encuentro).



La “anhedonia” es un término que viene de la voz griega *hedone*, que significa “placer” y en psicopatología se refiere a la falta de gusto por las cosas o a la incapacidad para experimentar placer en las distintas situaciones. Se considera en la actualidad un síntoma clave de la depresión; en este sentido se han diferenciado dos tipos de anhedonia: a) la “total”, en la que existe una pérdida del placer anticipatorio y consumatorio (depresiones graves) y b) “parcial”: se pierde el placer anticipatorio, pero no el consumatorio. Puede verse la diferencia con el siguiente ejemplo:

Una paciente, de 47 años de edad, que padece una depresión es incapaz de tener iniciativas. Sin embargo, tiene unas amigas que la aprecian bastante y le insisten para que salga con ellas. Llegan a su casa y muy

dispuestas, dicen: “venga que nos vamos a comer en un bar que conocemos”. En ese momento, la paciente remolonea: “no tengo ganas”, “no quiero ir”, etc. Finalmente, las amigas toman carta en el asunto y la peinan, la visten, etc.; cuando vuelve de la comida, reconoce que se lo ha pasado bien y que se ha reído bastante. Como cabe entender, se trata de una “anhedonia parcial” (solo existe placer consumatorio, pero no anticipatorio).

-Disfórica. En la “distimia disfórica” se presenta malhumor, irritabilidad y enfado; la encontramos en la depresión (depresiones disfóricas) y en la epilepsia. Un grado mayor de esta recibe el nombre de “distimia colérica”, en la que tienen lugar amenazas, agresiones e insultos y se da en las personalidades explosivas (epileptoides), en afecciones médicas (traumatismos craneo-encefálicos, corea de Huntington o VIH) y en el trastorno disfórico premenstrual.

-Desconfiada. Aquí se dan cita el recelo y la suspicacia que motivan una conducta defensiva, siendo característica de los sujetos paranoides. Las relaciones interpersonales que estos muestran son bastante particulares porque tienen un elevado nivel de vigilancia en relación al entorno (hiperalerta); están pendientes de todo y, cualquier acción de los demás, es motivo de sospecha (p. ej. “¿qué quieres decir con eso? ¿estás insinuando que soy maricón?” o bien, “¿esas risitas son por mí? ¿te cachondeas de mí, en mi cara? Como sea así, te la has ganado”).

-Perpleja. Predomina el desconcierto y asombro por hallarse comprometido el análisis integrador de la realidad. Se produce en alteraciones parciales de la conciencia en los que resulta difícil un análisis integrador de lo que ocurre, en la esquizofrenia y en los choques emocionales.

Una situación de perplejidad “normal” se dio aquí en Sevilla cuando estaban construyendo las “setas” de la Plaza de la Encarnación. Al acercarse la gente a la obra ponían caras de asombro y, a continuación exclamaban: “esto no pega aquí, en el centro”, “¿a quién se le habrá ocurrido este bodrio?”. En la perplejidad “anormal” la realidad no es extraña, son circunstancias de la vida cotidiana, pero el sujeto las integra mal no entendiéndolo su significado.

-Culposa. En la distimia de culpa se produce la impresión de haber actuado mal en una situación o con una persona, seguido del correspondiente remordimiento y la búsqueda de expiación. Se muestra con toda claridad en los depresivos (donde puede llegar a conformar un delirio de culpa) y en los obsesivos (no delirantes). No podemos olvidar a las personalidades masoquistas, cuyos actos contra sí mismos tienen como sustrato la culpa; los estudiaremos al tratar la agresividad (ver capítulo 10º).

-Miedosa. Se trata de un estado afectivo intenso ante la conciencia de un peligro concreto que conduce a evitar la situación. Puede ir desde el “temor”, que tiene un carácter difuso y no concretado, al “pánico” donde el miedo es a todo, acompañándose de un gran descontrol y siendo altamente contagiable.

Un caso de pánico fue lo que sucedió en el Teatro Novedades de Madrid en la tarde del 13 de septiembre de 1928. Representaban una obra titulada “La mejor del puerto”, con un escenario que mostraba precisamente la ciudad de Sevilla. De repente, uno de los farolillos se prendió, posiblemente por un cortocircuito, y el fuego se propagó por el telón que cayó al foso de la orquesta envuelto en llamas. Entonces, la gente intentó escapar colapsándose las escaleras que descendían desde el piso superior y formándose en la salida un verdadero tapón humano; algunos se tiraron al patio de butacas, a pesar de la considerable altura, muriendo en la caída. El resultado fue de 80 muertos y 200 heridos, pero si no hubiera cundido el pánico se hubiera salvado la mayor parte de este colectivo.

En la fobia el miedo es irracional, coincidiendo una de las dos siguientes circunstancias: a) la respuesta es bastante más intensa de lo normal (p. ej. el miedo a una aglomeración o a una tormenta) o b) se relaciona con un objeto al que, en condiciones normales, no se le tiene miedo (p. ej. al color rojo o a las mariposas).

B) Neotimias. Son sentimientos nuevos e inusuales, que llegan a producir vivencias muy especiales. En relación al yo encontramos dos posibles estados: a) cuando este se vuelca al exterior quedando prendado de lo que allí existe, es el “éxtasis” o b) cuando la persona está metida en su interior y no atiende a nada externo, es el “ensimismamiento”. Pues bien, las neotimias son propias del primero de ellos y lo que sucede en un éxtasis es que el yo sale fuera de sí, mientras el tiempo se detiene. Puede tener distinto carácter: a) místico (lo hallamos en los santos, como es el caso de Sta. Teresa o S. Juan de la Cruz), b) artístico (prenderse con una obra de arte), c) dionisiaco (obtenido mediante alcohol o drogas) y d) psicótico. Obviamente, es el último de ellos el que más nos interesa aquí, dándose en las fases maníacas, en la esquizofrenia y en la llamada “psicosis epiléptica”.

Un paciente en fase maníaca, de 37 años de edad, decía: “el sol lucía incomparablemente hermoso y sus rayos me inundaban, hasta llegar a sentirlos, y hasta el aire dándome en la cara me producía un estímulo nunca antes experimentado por mí. Era como un cosquilleo que me atravesaba y tocaba el alma”.

8.2.2. Trastornos de la respuesta afectiva. Aquí ya no hablamos del humor básico de la persona, sino de cómo esta reacciona ante el ambiente que le rodea; en este sentido podemos encontrar las siguientes alteraciones:

-Labilidad afectiva. Aparecen cambios afectivos repetidos y bruscos, de manera que la persona pasa de la risa al llanto sin que medie ningún tipo de cambio externo. Aparece en las personalidades histriónicas y en los procesos mentales orgánicos (demencias).

-Incontinencia afectiva. Consiste en la incapacidad de contener las emociones, apareciendo estas con una intensidad exagerada (p. ej. no puede parar de llorar ante una noticia). Se produce en los estados de agotamiento y también en el inicio del deterioro orgánico. Véase que una característica importante de los pacientes que inician los cuadros demenciales es la dificultad para manejar adecuadamente sus emociones.

-Embotamiento. También llamado “aplanamiento afectivo”, consiste en una falta extraña y permanente de participación afectiva en el entorno. Dicho de otra manera: el sujeto carece de respuesta afectiva en relación con las circunstancias que vive, considerándose como un síntoma “negativo” de la esquizofrenia.

-Paratimia o incongruencia afectiva. En este trastorno se presenta una discordancia evidente y sorprendente entre la respuesta afectiva y la situación que experimenta la persona. Se da en la esquizofrenia crónica y en las demencias fronto-temporales.

Un paciente esquizofrénico fue traído al hospital e ingresado de modo inmediato tras reírse en el entierro de su tío, ante el asombro de los asistentes. Empezó a decir en voz alta: “¡qué gracioso, cómo lo meten en el agujero! ¡ja, ja, ja, ja!”

-Ambivalencia. Terminamos con esta manifestación sintomática que consiste en la coexistencia simultánea de dos sentimientos contrapuestos (uno positivo y otro negativo), de manera que uno no desplaza al otro. Habitualmente forma parte de la vida normal, dado que cualquier relación amorosa es ambivalente (p. ej. “quiero mucho a mi marido porque es una persona entrañable, pero cuando bebe alcohol, yo lo mataría”). Patológicamente, se presenta en la esquizofrenia y en sujetos obsesivos, representando la falta de unidad de la vida afectiva.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Organización Mundial de la Salud. 10ª Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades: Trastornos Mentales y del Comportamiento. Madrid: Meditor, 1992.

Capítulo 9º. La ansiedad.

9.1. Introducción histórica.

El presente capítulo puede considerarse una continuación del anterior pues, al tratar las distimias, a algunas de ellas (ansiosa/angustiosa), hay que darles un espacio aparte debido a la importancia que tienen en la clínica. Para empezar diremos que la ansiedad es un estado de tensión o excitación psicológica que cursa con numerosas manifestaciones físicas, algunas de las cuáles pueden llegar a engañar al médico haciéndole creer que se trata de un problema físico.

La ansiedad aparece unida a la figura de Freud quién, en 1894, acuña el término “neurosis de ansiedad”. Más tarde, en los años 60 del siglo pasado, se hizo necesaria una diferenciación en este vasto campo y, así, un psiquiatra norteamericano llamado Donald Klein (1), separó dentro de la “neurosis de ansiedad” dos formas clínicas: a) la “crisis de angustia” y b) la “ansiedad generalizada”. Trátase de una diferenciación que tuvo bastante éxito en el ámbito psiquiátrico pues influyó en las Clasificaciones Internacionales de Trastornos Mentales, manteniéndose en la actualidad desde el año 1980 (2,3).

Dada la complejidad que presenta la ansiedad, puede entenderse como un síntoma, un síndrome o una enfermedad; vamos a abordar seguidamente cada una de estas vertientes por separado.

9.2. La ansiedad como síntoma.

9.2.1. La forma aguda: angustia. Cuando se habla de “angustia” la referencia es un episodio súbito de malestar intenso que aparece sin un peligro objetivo identificable, es decir, que todo el cortejo que acompaña a la experiencia tiene lugar sin la presencia de un desencadenante (no existe un objeto o situación que la origine); si existiera se hablaría de “miedo” (ver capítulo anterior). Adopta la forma de una espera incierta e inmovilizante que, al no tener algo que la motive, no permite a la persona escapar o huir (lo que sí ocurre en el miedo, donde el peligro es identificado por el sujeto). Esta manifestación ha recibido el nombre de “crisis de angustia” o “ataque de pánico”.

Hay que tener cuidado con la palabra “pánico” ya que, para la psicología y psiquiatría europeas ha representado lo que hemos visto en el capítulo anterior (miedo a todo, que puede contagiarse con gran facilidad y que no permite encontrar un lugar seguro en el que refugiarse), pero los americanos empezaron a usarlo para la angustia, debido a la intensidad y brusquedad que presenta el fenómeno (*panic attack*).

La angustia patológica se acompaña de manifestaciones somáticas, relacionadas con la hiperactivación vegetativa (sudoración, temblor, sensación de ahogo, inestabilidad, vértigos, etc.) que alarman a quien la sufre. Por

consiguiente, la angustia provoca una alarma importante debido a dos razones: a) existe un cortejo somático importante y b) no existe un desencadenante, que permita escapar de él. Luego, se produce una circunstancia somática grave sin que se sepa de qué huir y es esto, justamente, lo que lleva al sujeto a ir rápidamente al hospital y es como si dijera: “me ocurre algo gravísimo que no sé por qué me pasa, luego tengo que estar muy mal”.

Habría que añadir las siguientes características:

-Se presenta de manera inesperada e imprevisible.

-Es repetitiva o persistente. No se quita con irse a la calle, cambiar de tarea distraerse o tomarse un helado y muestra una gran tendencia a la recurrencia (si no se tratan las crisis, vuelven a presentarse),

-Es incapacitante. El sujeto tiene que acudir al hospital como hemos dicho y, además, da lugar a un deterioro del funcionamiento psicosocial, especialmente si se sigue de agorafobia. Si se presenta esta última, el sujeto tiene miedo a salir solo a la calle, ante la posibilidad de que aparezca una nueva crisis y verse completamente desvalido y sin nadie a quién acudir en busca de ayuda.

-Se requiere para pensar en la “crisis de angustia” que el sujeto no haya ingerido ninguna sustancia o droga que justifique el cuadro (cocaína, amfetamina, corticoides, alcohol, etc.).

La crisis alcanza su máximo en 10 minutos y no sobrepasa los 15 ó 30, dejando un cansancio extremo.

Un varón de 56 años, hallándose tan tranquilo en su casa mientras ve un programa de televisión y sin haber ocurrido nada, empieza a sentir una gran opresión en el pecho, junto con palpitaciones y respiración acelerada. Está cada vez peor y alerta rápidamente a su mujer, que se encuentra en la sala contigua. La impresión es de muerte inminente, ya que no puede hallar nada en su entorno con lo que pueda relacionar lo que le está sucediendo. Finalmente, decide ir a urgencias llegando en un estado lamentable y pidiendo por favor que le atiendan, que se está muriendo. Lo derivan a urgencias psiquiátricas, ya que ninguna de las pruebas efectuadas apunta a un problema físico (electrocardiograma, analítica, etc.).

La angustia se experimenta subjetivamente como:

1) Temor a morir. Aquí se pone en juego el miedo a la “disolución del yo” (a la “desaparición”). En nuestra cultura se manifiesta como miedo a estar padeciendo un infarto agudo de miocardio.

En otros lugares del planeta la interpretación de la crisis es diferente. En Asia tenemos el “koro”, que es el temor intenso a la retracción del pene; el

sujeto angustiado cree que este órgano puede invaginarse en el abdomen causándole daños mortales.

2) Temor a enloquecer. Lo que aquí aparece en un primer plano es el miedo a que se altere la “continuidad del yo”, pues volverse loco implica perder la cordura que uno tiene hasta ese momento. Esta faceta de la angustia aparece clínicamente como “despersonalización”, donde el paciente tiene que tocarse varias veces para saber que sigue siendo él mismo. Pero, puede dirigirse al exterior y mostrarse como “desrealización”, donde contempla el medio externo cambiado, raro o desconocido para él/ella.

3) Temor a perder el control o cometer un acto irracional. Aquí se compromete la “unidad del yo”, pudiendo convertirse en otra persona que no es él/ella y hacer alguna barbaridad (p. ej. tirarse por la terraza, matar al hijo pequeño, etc.).

Como se desprende de lo expuesto, la angustia consiste en una amenaza al yo que representa para el sujeto la “unidad” y la “estabilidad” de su personalidad.

EXPERIENCIAS SUBJETIVAS DE LA ANGUSTIA

Miedo	Compromiso del yo
Muerte	Disolución
Locura	Continuidad
Perder el control o ser otro	Unidad

Puede entenderse fácilmente que la angustia descrita líneas arriba a la que llamamos “patológica”, no es la angustia “normal”, ya que esta última surge ante la reflexión sobre un asunto que provoca pavor en cualquier ser humano y que resulta enriquecedora. La angustia normal tiene varias maneras de presentarse:

a) Existencial (estudiada por el filósofo Martin Heidegger). Es la angustia ante la muerte y surge cuando pensamos que algún día moriremos y dejaremos de ser lo que somos, no siendo ya nada; cualquiera que se tome en serio este pensamiento llega a estremecerse. En un congreso de Psiquiatría un psiquiatra dijo: “El hombre es el único ser vivo que sabe que se va a morir”. Un segundo añadió: “Lo sabe, pero no se lo cree” y un tercero terminó diciendo: “es que, si se lo creyera, se moriría del susto” (1).

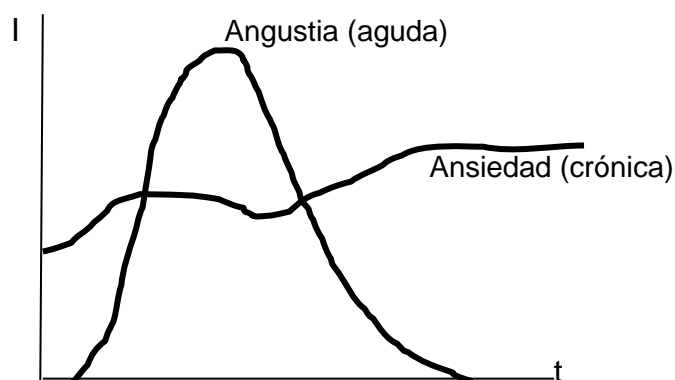
b) Espiritual (abordada por Paul Tillich). Se trata de la angustia ante el absurdo y aparece cuando uno se pregunta: ¿qué estoy haciendo con mi vida? ¿para qué estudio tanto, si no sé si me gusta mi carrera?

Este es el caso de una paciente nuestra que estando sentada viendo un programa de televisión con su marido, dirigió su mirada hacia él y pensó: “¿qué hago yo con esto?”. A partir de ese momento tuvo una crisis personal que la trajo a consultar.

c) Metafísico-religiosa (tratada por el filósofo danés Soren Kierkegaard). El sujeto aquí se hace planteamientos que tienen que ver con la culpa sobre los actos realizados en la vida y también con la posible condenación eterna.

9.2.2. La forma crónica: ansiedad. Ahora nos referimos a un estado permanente de inquietud, nerviosismo y preocupación pudiendo llegar a la sensación de estar al límite, que no suele llegar a tener la intensidad de una crisis de angustia auténtica. Hay que fijarse en que es un estado permanente y no una crisis aguda, donde quién lo padece presenta las manifestaciones precitadas durante todo el día y todos los días.

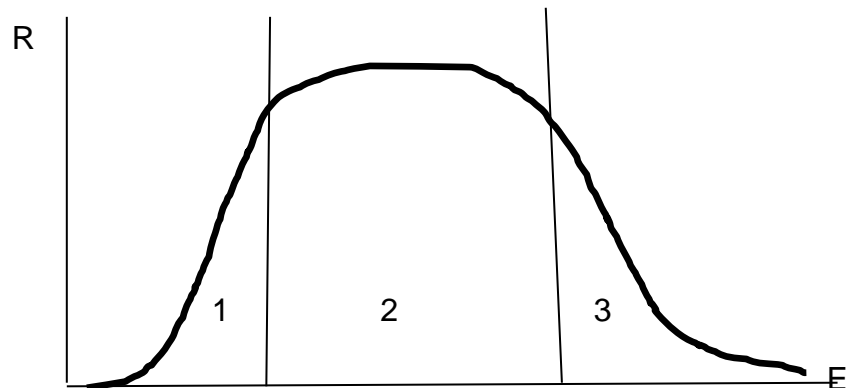
En la siguiente gráfica quedan expuestas las evoluciones respectivas de la angustia y la ansiedad (i: intensidad, t: tiempo).



La ansiedad normal es adaptativa pues tiene una utilidad defensiva para la persona, al permitirle mantenerse en alerta ante cualquier situación amenazante o comprometida. Es lo que sucede cuando hay que realizar tareas que necesitan cierta eficiencia, porque es mucho lo que se pone en juego (p. ej. un examen, realizar una intervención quirúrgica, una oposición ante un tribunal, etc.). Yerkes y Dodson pusieron de manifiesto el efecto de la ansiedad (excitación) sobre el rendimiento, mostrando la "curva en U invertida" (R: rendimiento, E: nivel de excitación –arousal-).

Esta famosa "curva" muestra una primera parte (1 en la gráfica) en la que el rendimiento es bajo debido a que la activación es poca (problemas de motivación, monotonía o aburrimiento con la tarea). La zona media (2 en la gráfica) presenta un rendimiento excelente ("zona de confort") al haber aumentado el nivel de excitación; representa la "ansiedad normal", necesaria para completar la actividad de modo eficiente. En última parte (3 en la gráfica) el nivel de tensión resulta tan elevado que provoca efectos de bloqueo o indiferencia en la producción; es la "ansiedad patológica", que se sigue de ineficacia. Esto puede

verse con toda claridad en los exámenes: un alumno demasiado nervioso no realiza un buen ejercicio (no recuerda bien, presenta manifestaciones físicas, no entiende bien lo que se le pregunta, no puede pensar con claridad, etc.). La “ley de Yerkes-Dodson” indica que el rendimiento aumenta con la excitación, pero solo hasta cierto punto, ya que una sobreactivación puede derivar en un descenso de la productividad y de la motivación. En consecuencia, el rendimiento será óptimo si el nivel de activación es moderadamente elevado (si es demasiado bajo o alto repercute de forma negativa en los resultados).



9.3. La ansiedad como síndrome.

Un síndrome consiste en un conjunto de síntomas que muestran cierta coherencia entre sí, permitiendo al médico su identificación. El síndrome ansioso se acompaña de manifestaciones sintomáticas que pueden separarse en los grupos que describimos seguidamente. El primero y el último representan como se presenta la ansiedad a nivel psicológico y los intermedios como sobrepasa lo psíquico para afectar al organismo. Sigue la “ley de la fuente” (5): una fuente recibe agua y va eliminándola por el desagüe a medida que entra, pero la entrada es excesiva, el agua la desborda y sale fuera. Con la tensión nerviosa sucede lo mismo: a medida que la tensión nerviosa aumenta, el aparato psíquico puede neutralizarla sin más (ansiedad normal), pero si excede ciertos límites se desborda y aparecen las manifestaciones físicas (ansiedad patológica). Separamos las manifestaciones de la ansiedad en cuatro grupos:

a) Síntomas psíquicos. Hablamos de la “expectación aprensiva”, con: intranquilidad, inquietud interior, preocupación, hasta llegar a sentirse al límite.

b) Tensión muscular: temblor, inquietud psicomotora, cefaleas, nuchalgia, cervicalgia, ciática, tortícolis, incapacidad para relajarse e inestabilidad.

c) Hiperactividad vegetativa: taquicardia, taquipnea, sudoración, sequedad de boca, náuseas-vómitos, diarrea, mareos, vértigos, sofocos, polaquiuria, meteorismo, parestesias o prurito.

d) Hiperalerta: insomnio, irritabilidad y dificultad de concentración. Este apartado pone de manifiesto como la conciencia tiene que hallarse lo más lúcida posible por si acaso se presentara el peligro, en cuyo caso el individuo tiene que estar preparado.

Si este estado se prolonga en el tiempo (cosa que ocurre realmente), y no se trata convenientemente o no se pone ningún remedio, puede dar lugar a un humor depresivo (tristeza, apatía, astenia y desinterés). Representa la claudicación psicofísica del sujeto, es decir el agotamiento de su sistema nervioso y su organismo ante el exceso continuado de tensión nerviosa.

9.4. La ansiedad como enfermedad.

Contamos dos formas de presentación:

9.4.1. La ansiedad primaria. Aparece un cuadro ansioso con las manifestaciones sintomáticas vistas antes, pero se requiere descartar la presencia de una enfermedad médica, el abuso de sustancias, el uso de ciertos fármacos u otros trastornos psicopatológicos (sobre todo depresión mayor o esquizofrenia). Puede ser:

a) Autónoma: sin relación con los sucesos vitales o situaciones vivenciales estresantes o al menos el paciente no asocia conscientemente la ansiedad a aquellos. Luego, al tratar los “aspectos psicológicos”, ampliaremos este aspecto para que quede un poco más más claro.

b) Reaccional: se encuentra una relación temporal y/o de sentido con una situación. El sujeto sabe qué ha puesto en marcha su estado, pudiendo tratarse de estrés padecido por la persona (trastorno por estrés) o bien de una circunstancia que le afecta (trastorno adaptativo).

9.4.2. La ansiedad secundaria. Puede explicarse por los efectos fisiológicos de una enfermedad médica, el uso de fármacos implicados en la producción de los síntomas, el abuso de sustancias y ciertos trastornos psicopatológicos (depresión mayor o esquizofrenia). Entre las enfermedades médicas que frecuentemente se acompañan de ansiedad, tenemos las siguientes:

-Endocrinas: hipertiroidismo, feocromocitoma, hipoglucemia, hiperadrenocorticismos, ...

-Cardiovasculares: arritmia, insuficiencia cardíaca, prolapso de la válvula mitral, ..

-Respiratorias: edema y embolia pulmonar, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, ...

-Hematológicas: anemia, policitemia, leucemia, ...

-Metabólicas: porfiria, déficit de vitamina B12, ...

-Neurológicas: neoplasias, trastornos vestibulares, encefalitis, epilepsia, corea de Huntington, EM,...

En relación a las sustancias implicadas (drogas y fármacos), tenemos: cocaína, anfetamina, cafeína, sustancias serotoninérgicas (LSD, MDMA,...), corticoides, alcohol (supresión), L-DOPA, tiroxina, hipoglucemiantes orales e insulina, isoniacida, cicloserina, etc.

9.5. Fundamentos de la ansiedad.

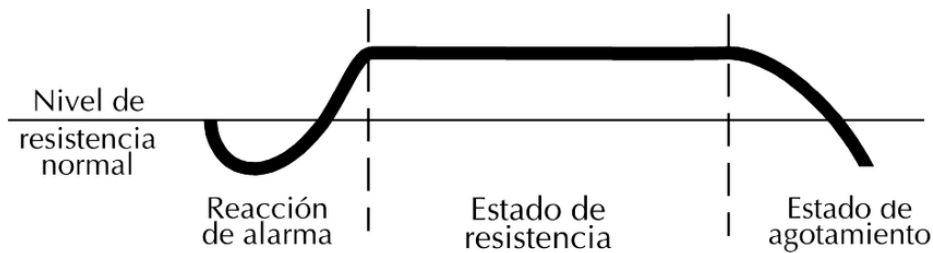
9.5.1. Biológicos. Un término muy usado para explicar la ansiedad es el de “estrés” y, a tanto llega, que se encuentra en boca de todo el mundo, siendo incluso más utilizado por el vulgo que el de “ansiedad”. La palabra “estrés” proviene de la física (Osler), en referencia a las propiedades elásticas de los materiales sólidos cuando se les aplica una presión externa. Trátase de una descripción que ha trascendido al terreno de la biología y, más tarde, al de la psicología. En esta última disciplina se entiende como: las respuestas biológicas del organismo ante ciertos acontecimientos vitales que le plantean demandas excesivas (los “estresores”).

Hans Selye, un médico y fisiólogo de origen austrohúngaro y afincado en la Universidad de Montreal, en el año 1974 describió el “síndrome general de adaptación”, un concepto que tuvo bastante fortuna ya que explicaba lo que sucede en el estrés (desde el punto de vista biológico). En este fenómeno, según Selye, tienen lugar tres etapas bien diferenciadas:

1. Reacción de alarma. Se produce una activación del eje simpático-adrenal, con aumento de ACTH, GH, tiroxina y cortisol. Tiene que ver con los aspectos defensivos del sujeto ante situaciones de peligro o demandas exageradas.

2. Estado de resistencia. En un segundo tiempo se activa el sistema nervioso parasimpático, que permite la recuperación. Son intentos de descender la alarma provocada en la primera etapa, ya que esta no se puede mantener eternamente.

3. Estado de agotamiento. Se relaciona con la persistencia del estresor, ocasionando un colapso de la capacidad de resistir y posibilitando la aparición de la enfermedad, en tanto el organismo ya no puede resistir más tensión.



Conocemos actualmente la relación tan estrecha que existe entre el estrés y la enfermedad y, para que se produzca de modo efectivo esta relación, se consideran dos vías:

a) La directa. El estrés ocasiona modificaciones en el organismo, entre ellas la liberación de ciertas hormonas que posibilitan la afectación:

-Cardiovascular. Aparecen arritmias que pueden conducir a la muerte súbita y también aterosclerosis, que lleva a la hipertensión arterial y al infarto agudo de miocardio,

-Sistema inmune: Disminución de la actividad de los linfocitos T y B y la correspondiente propensión a las infecciones.

b) La indirecta. Se debe a los comportamientos que realizan las personas que padecen estrés:

-consumo de tabaco, hidratos de carbono y cafeína,

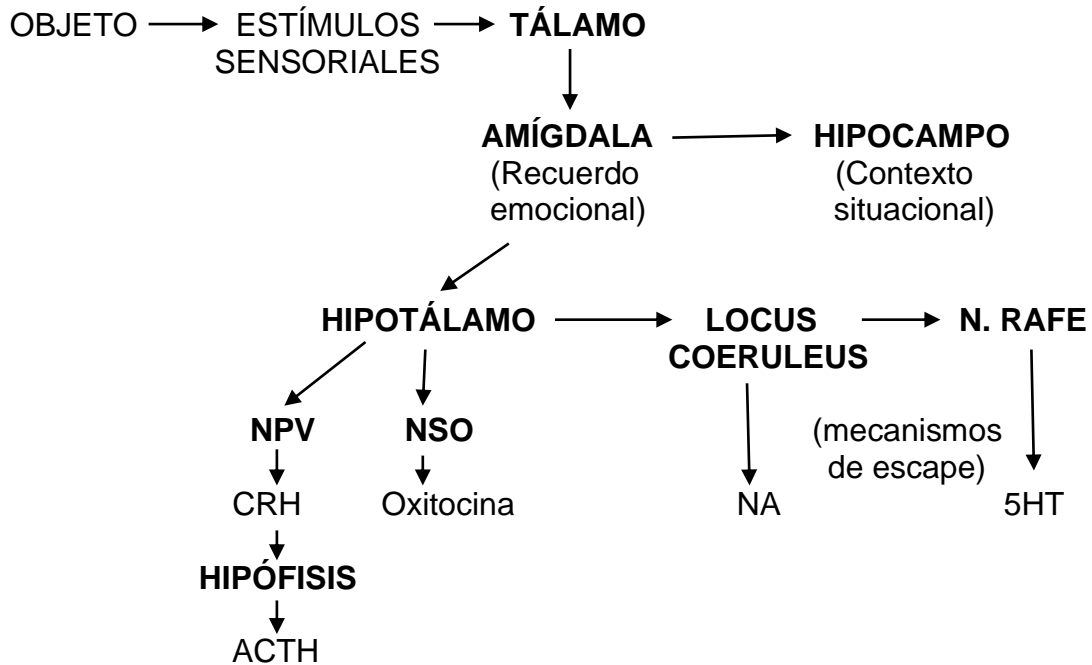
-disminución del cuidado, que da lugar a accidentes de tráfico, laborales, domésticos, deportivos, etc.

-ciertas adicciones (juegos, pornografía, ejercicio, apuestas, etc.) que merman la economía del sujeto o le hacen perder relaciones sociales, con el consiguiente deterioro psicosocial.

Un aspecto que no queremos dejar de lado en la psicobiología del estrés es la participación de ciertas estructuras encefálicas en el fenómeno. En el año 1939 dos investigadores, Kluver y Bucy, extirparon los lóbulos temporales a una serie de monos *rhesus* y describieron un cuadro característico que puede presentarse, incluso, en seres humanos relacionado con ciertas patologías: cerebrovasculares, traumatismos, encefalitis, etc. ("síndrome de Kluver-Bucy").

Curiosamente, los monos presentaban agnosia visual junto a tendencias orales (examinaban el ambiente con la boca en vez de hacerlo con los ojos), hipersexualidad y menos miedo a aquellos estímulos que lo hubieran producido de forma natural; en este sentido, observaron que, tras ser atacados por una serpiente, seguían aproximándose a ella de buena gana. Dado que la extirpación de los lóbulos temporales incluía a la amígdala, se ha implicado a esta estructura cerebral en las reacciones de miedo y ansiedad. En el siguiente grafo se presenta

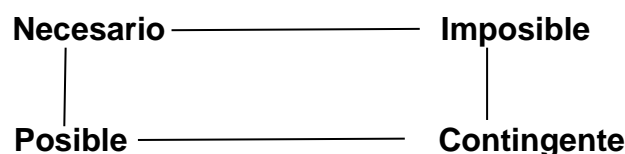
como se produce el fenómeno, desde el contacto con el objeto hasta la liberación de mediadores químicos (ACTH, cortisol, oxitocina, noradrenalina, serotonina, etc.) y las funciones de las distintas estructuras cerebrales (NPV: núcleo paraventricular, NSO: núcleo supraóptico).



9.5.2. Psicológicos. Estudiar la ansiedad desde la vertiente psicológica implica abordar la respuesta individual a los estados de estrés, en los que la amenaza parece inespecífica pero, al tratar el asunto en profundidad, se descubre que tiene que ver con una sobrecarga. Esta llega a tener tal magnitud que sobrepasa los mecanismos que el sujeto posee de compensación o de elaboración. Para mostrar lo que le sucede la persona implicada en estos casos, utilizamos las siguientes modalidades (5):

- “necesario”: lo que tiene que darse obligatoriamente,
- “imposible”: lo que nunca puede darse,
- “posible”: lo que puede darse de forma no obligatoria y
- “contingente”: lo que puede darse o no.

Estas cuatro categorías pueden ser representadas en el llamado “cuadrado de Aristóteles”, tal como sigue:



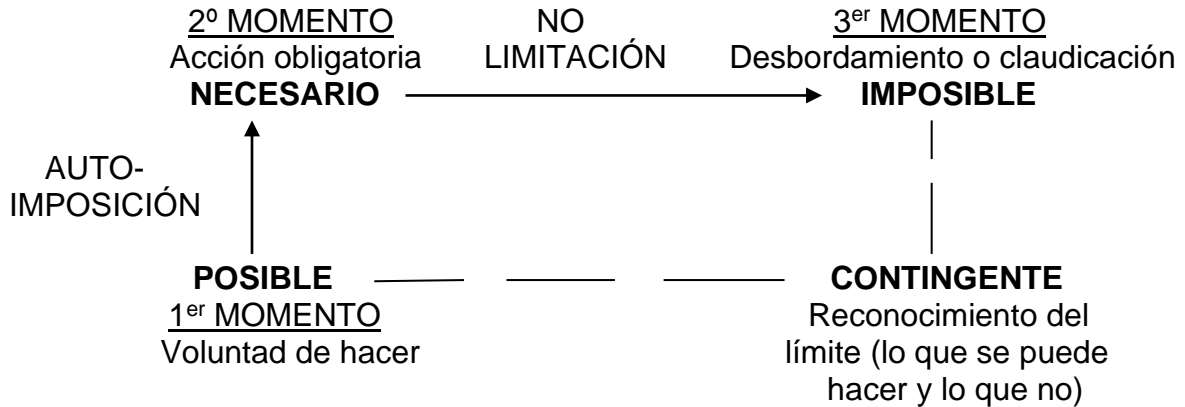
El recorrido del ansioso comienza en lo “posible” (1^{er} momento) de tal manera que tiene la “voluntad de hacer”, actúa de manera libre y no obligatoria a la hora de asumir tareas. A continuación, debido a las exigencias y presiones autoimpuestas, pasa a lo “necesario” (2^o momento) en cuyo caso, las acciones que antes eran libres, ahora se convierten en obligatorias. Se contempla como los individuos se van implicando en varios campos al mismo tiempo (estudian, trabajan, atienden la casa, a la familia, etc.). Finalmente, si el proceso continúa, ante la ausencia de limitaciones, acaban no pudiendo más y sin poder parar; se trata de lo “imposible” (3^{er} momento); se observa, entonces, como batallan en distintos frentes sin freno alguno y, aunque vean que pueden acabar mal no paran. Aquí es donde aparece el desbordamiento o claudicación (5).

Véase que los ansiosos jamás acceden a lo “contingente”, que implicaría el reconocimiento de lo que se puede hacer y de lo que no, quiere decir, el reconocimiento de un límite en las actuaciones correspondientes. Las personas que realizan este mortecino recorrido presentan una gran omnipotencia, que les lleva a creer firmemente que pueden con todo sin desfallecer en ningún momento.

Este es el caso de un varón de 25 años que acude a consultar con síntomas de nerviosismo constante, insomnio, sensación de ahogo y cefaleas vespertinas. Trabaja en un reconocido bufete de abogados de la ciudad, desde que finalizó los estudios de Derecho. Cree que está aprendiendo el ejercicio de su profesión, pero tiene que dedicarle muchas horas al día, no pudiendo dejar de realizar ninguna de las tareas que le encomiendan. Además, se ha inscrito en un curso sobre normativa fiscal al que asiste diariamente tras salir del bufete (de 20 a 21,30h.) y los fines de semana los tiene ocupados con un máster, en el que le mandan hacer lecturas y trabajos. Toda esta actividad le resta horas de sueño y de descanso. Por si fuera poco, recientemente ha iniciado una relación sentimental con una chica que a él le resulta bastante demandante y que le exige quedar a diario y dedicar el fin de semana a pasear. Acude a la consulta en un estado lamentable (3^{er} momento), con todo el cortejo sintomático propio de la ansiedad, pero sin reconocer el sobreesfuerzo que realiza y afirmando “no saber qué le pasa”; por lo tanto, el diagnóstico es de “trastorno de ansiedad generalizada”. Inicia un tratamiento psicoterapéutico en el que se da cuenta de que no es capaz de saber hasta dónde llegar en sus ejecuciones (ausencia de limitaciones) y de que ha creído que podía con todo (omnipotencia). Finalmente, reconoce que “se ha querido comer el mundo y el mundo se lo ha comido a él”.

Concluyendo podemos afirmar que la ansiedad no es un fenómeno estático, aunque parezca “congelado” cuando se establece el cuadro clínico. Antes al contrario, muestra una serie de estados sucesivos hasta instaurarse la clínica (a veces bastante florida) y, una vez establecida, se produce un punto de no-retorno donde los síntomas dominan a la persona. La ansiedad, en última

instancia, pone de manifiesto la tremenda desproporción existente entre lo que un sujeto puede hacer (por sus propias capacidades) y lo que realmente hace (actuaciones).



En este contexto y conectando con dicho en apartados anteriores, puede decirse que la “ansiedad normal” forma parte de la vida y es adaptativa, teniendo que ver con los primeros momentos del proceso (la “voluntad de hacer”), constituyéndose como un estado de alerta conveniente para atender los asuntos que se tienen entre manos. En la “ansiedad patológica” la persona no sabe en qué momento parar, no conociendo sus limitaciones y creyendo que puede hacer todo lo que se proponga, continuando con las acciones hasta el final. Si el sujeto no se para por sí mismo, es el cuerpo el que lo para; de ahí en adelante, la posibilidad de enfermar está servida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Klein DF, Fink M. (1962). Psychiatric reaction patterns to imipramine. Am J Psychiat 1962; 119: 432-438.
2. Asociación Psiquiátrica Americana. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 1995.
3. Organización Mundial de la Salud. 10ª Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades: Trastornos Mentales y del Comportamiento. Madrid: Meditor, 1992.
4. Alonso Fernández F. Psicología Médica y Social (5ª ed.). Barcelona: Salvat, 1989.
5. García Arroyo JM. Study of the Subjective Aspects of Anxiety by de Means of Modal Logic. Journal of Depression and Anxiety 2016; 5(247).

Capítulo 10. La motivación.

10.1. Concepto de motivación.

En este capítulo se tratan las llamadas “funciones expresivas” o “eferentes”. Recordemos que lo estudiado hasta ahora abarca:

-Las “funciones aferentes” (o “cognitivas”), que aportan información al aparato psíquico (percepción, memoria, pensamiento, etc.) y toman la dirección del “exterior” al “interior” y

-La “afectividad”, en tanto función central de la persona, que tiene como misión colorear a las funciones aferentes aportándoles una tonalidad (afectiva), sin la cual, la vida psíquica se apagaría.

Las funciones “eferentes” toman la dirección contraria a las mencionadas en primer término, pues se dirigen al mundo externo. Consisten en acciones sobre el medio que operan sobre él, modificándolo y tienen la característica común de ser observables; las anteriores no lo eran (p. ej. no puedo ver un recuerdo, ni tampoco un pensamiento o un sentimiento de otro). Esta característica de las funciones cognitivas de no ser observables nos viene muy bien porque sus productos forman parte de la intimidad; ya se indicó antes que, en los psicóticos (especialmente en los esquizofrénicos), se vulnera esta propiedad pues creen firmemente que sus pensamientos, ideas o sentimientos son captados directamente por los demás.

Dicho esto, podemos entrar de lleno en el terreno de la motivación. Se llama así al proceso psicológico responsable del desencadenamiento o mantenimiento de una conducta orientándola hacia una meta específica. Así pues, la motivación pone en marcha el comportamiento en una dirección determinada, que es la que nos conviene en ese momento.

MOTIVACIÓN —————> **CONDUCTA** —————> **META**

Los motivadores más importantes son los impulsos y los deseos, pero los primeros tienen más interés psicológico y psicopatológico, de ahí que sean los que vamos a abordar en este capítulo.

10.2. Los impulsos.

10.2.1. ¿Qué son los impulsos? El investigador de la vida mental que más ha trabajado en el conocimiento de los impulsos humanos ha sido Sigmund Freud, a los que ha dado el nombre de “pulsiones”. Esta palabra es un neologismo en castellano que se corresponde con la traducción de vocablo alemán *trieb*, derivado del verbo *trieben* que significa “empujar”. Con la pulsión el sujeto se ve impelido en una dirección determinada, no tratándose de un producto

reflexivo (acéfalo) y, como veremos luego, el resultado de la misma se experimenta como un desahogo.

Antes que nada conviene diferenciar el “instinto” de la “pulsión”:

a) Los instintos son patrones de comportamiento heredados y propios de una especie, que tienen las siguientes características: se encuentran predeterminados (genéticamente), tienen poca variabilidad de un individuo a otro (se dan siempre de la misma forma), la finalidad es inamovible y pertenecen al mundo animal.

Según esto, son iguales para todos los miembros de una misma especie sin excepción (p. ej. un perro siempre busca siempre a una perra con la intención constante e invariable de copular con ella, si dos perros tienen delante un trozo de carne luchan para ver quién se lo lleva).

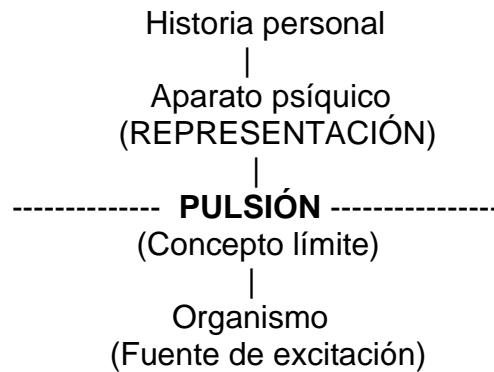
b) En los humanos no se puede hablar de “instintos”, sino de “pulsiones” y las características de estas últimas son las siguientes: no se hallan predeterminadas (hereditariamente), existe una gran variabilidad de un individuo a otro, no son inamovibles pues es posible el cambio de *objeto* y de *fin* y tienen una representación en el aparato mental (una Rm o Rf).

Este último punto (la representatividad de la pulsión) explica la grandísima variabilidad existente en el ser humano. A título de ejemplo, podemos decir que un hombre puede acercarse a una mujer (objeto) para satisfacer su pulsión sexual (fin), pero también puede buscar a otro hombre (homofilia), a un cadáver (necrofilia), a un animal (zoofilia), a un niño (pedofilia), a un enser (p. ej. ropa interior femenina, en el fetichismo), a un anciano (gerontofilia) y muchas otras posibilidades, conformando la interminable lista que diferencia a unas personas de otras. Pero, también se dijo que puede variar el fin; efectivamente, aún en el caso de que un hombre haya elegido a una mujer (como objeto), la intención puede variar: espiarla (voyeurismo), mostrarse desnudo ante ella (exhibicionismo), rozarse en un lugar público (froterismo), pegarle (sadismo), recibir el desprecio o el desdén (masoquismo), etc.

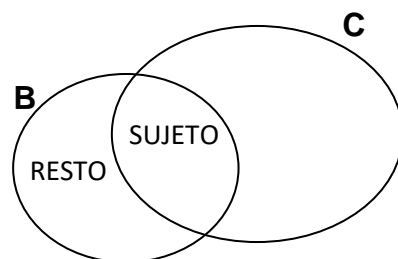
Tal variabilidad es imposible en el territorio de los instintos (p. ej. ningún perro se quita el pellejo para exhibirse desnudo ante una perra, no conocemos perros que espíen a las perras mientras orinan, etc.). De ahí se sigue que, en los humanos, no podemos hablar de “instinto”, haciéndose erróneas las expresiones del tipo: “instinto criminal”, “instinto agresivo”, “instinto bulfímico”, etc.

Como hemos dicho antes, se añade en los humanos una característica (inérita en el mundo animal): la pulsión da lugar a una representación en el aparato mental, que permite dirigir la pulsión hacia un objeto particular. La representación mental (Rm, Rf) se fija a la pulsión en el curso de la historia individual (e irrepitable) del sujeto. Así las cosas, la pulsión se transforma (según

Freud) en un “concepto límite” entre el organismo y la vida mental, de manera que la excitación procede del organismo, pero se combina con la representación mental que comanda la pulsión, operando como una brújula que marca la dirección correcta. Mientras el primero de estos términos (la excitación) es inespecífico, el segundo (la representación) es específico y determina la elección de “objeto” y lo que se pretende realizar con él (el “fin”).



El paso de instinto a pulsión se debe a la inserción social del ser humano, de manera que queda sometido a ciertos códigos culturales, impresos en forma de lenguaje (normas y valores). Digamos que la cultura procura someter al núcleo heredo-biológico que traemos al nacer y, los códigos, promulgados por ella, van a regir el comportamiento en sociedad, controlándolo (p. ej. no podemos desnudarnos en público, está prohibido orinar en la calle, el acto sexual tiene que realizarse fuera de la mirada ajena en un lugar íntimo, etc.). Hablamos de la Ley (con mayúscula) que queda impresa en cada uno de nosotros y que se diferencia de las leyes particulares (código civil, penal, canónico, etc.). En el siguiente esquema se observa que el sujeto aparece justamente en la intersección entre la biología (B) y la cultura (C), quedando un resto pulsional “domesticado” o capaz de entrar en los límites de lo permitido.



10.2.2. Componentes de la pulsión. Cualquier pulsión, sea cuál sea (agresiva, sexual, de apoderamiento, etc.), consta de los siguientes elementos:

a) El origen (intensidad). Es somático y consiste en la cantidad de energía que debe ser descargada en el acto. Supone una excitación corporal o tensión, que se experimenta como displacer.

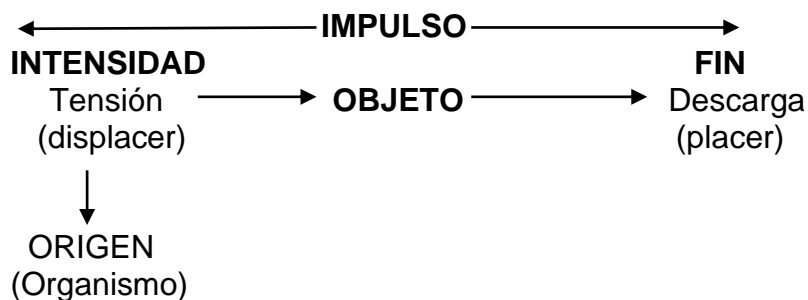
b) El objeto. Aquello por medio de lo cual se satisface la pulsión, pudiendo tratarse de: una persona, un animal, ciertos enseres, fantasías, etc. Es la parte más variable de la pulsión y relacionada con la historia personal.

c) El fin. Consiste en suprimir la tensión inicial mediante el procedimiento que sea. Trátase de una descarga que conduce a disolver la tensión inicial, experimentándose placenteramente.

Aunque parezca complicado, no lo es, pudiendo constatarse con bastante claridad el siguiente ejemplo:

A una mujer, de 40 años de edad, le gusta robar en los grandes almacenes de la ciudad (pulsión de apoderamiento). Un amigo suyo, ingeniero de profesión, le ha diseñado unos pequeños ganchitos que, a modo de herramientas, emplea para quitar el dispositivo de seguridad de las prendas y que pueda salir del local sin que suene la alarma. Cuando entra en el establecimiento se encuentra muy nerviosa (tensión displacentera), no sabe si logrará o no su objetivo, “todo es inquietud e incertidumbre”. Después, identifica la prenda que va a robar (objeto) para, finalmente, cogerla sin permiso, sin pagarla y esperar a salir del edificio con la prenda sin más problemas. Cuando lo logra, dice que para ella es una experiencia inigualable, extraordinaria (descarga placentera). Prefiere esta forma de actuar por encima de otras actividades (como es el caso de tener relaciones sexuales). Se añade que, aquello que roba no lo vende, ni lo utiliza, pues lo importante para ella es el acto de robar en sí mismo (la propia acción pulsional). Finalmente, regala a sus vecinas el botín conseguido (pañuelos, medias, chalecos, abalorios, etc.); esta última es una característica común a todos los cleptómanos, quiénes no se apoderan de los objetos porque necesiten el dinero o para utilizar el material adquirido.

Entonces ¿qué es un impulso? Es el movimiento que va desde la tensión (displacentera) hasta la descarga (placentera); se puede decir que es la parte observable de la pulsión, el acto en sí. Evidentemente, ninguno de los demás elementos pueden observarse directamente (el displacer, el placer obtenido o como se origina somáticamente la pulsión).



El estudio de los impulsos da lugar a una paradoja, que puede formularse mediante una pregunta: ¿cómo es posible que los actos impulsivos sean observables si los sujetos al realizarlos se esconden de la mirada ajena? Entonces ¿son observables o no? Efectivamente, alcohólicos, ludópatas, cleptómanos, consumidores de sustancias, pirómanos, voyeuristas, etc., se cuidan mucho de no ser observados mientras realizan el impulso porque pueden ser amonestados (por la policía, la pareja, la autoridad, la familia, los vecinos, etc.). La paradoja se resuelve pensando que estas acciones ciertamente son observables pero el sujeto las hace invisibles, al esconderse mientras las realiza para no ser molestados.

Los impulsos suelen ser repetitivos, dándose de la misma forma en una persona (p. ej. el comportamiento adictivo) y, a veces, pueden unirse varios impulsos que pueden potenciarse entre sí (p. ej. jugar a las máquinas tragaperras y consumir alcohol). Además, las emociones aumentan la posibilidad del disparo del impulso, debido a que aumentan la tensión interior que busca la correspondiente liberación. Pensemos en el caso de una discusión matrimonial en una persona incapaz de elaborar (subjétivamente) sus tensiones emocionales y que el impulso dominante es la ludopatía; el camino que seguirá es el siguiente:

TENSIÓN EMOCIONAL	IMPULSO (ACTO)	LIBERACIÓN
Discusión matrimonial	→ Juego máquina tragaperras	→ Descarga

Los impulsos se encuentran regulados por las normas impuestas por la sociedad en la que el sujeto está incluido (códigos culturales, la Ley); ahora bien, las normas no solo son “externas” (las pertenecientes al medio social), sino que se incorporan durante el proceso educativo (“normas internas”). Esta particularidad permite el siguiente agrupamiento de los impulsos:

-Adaptativos/desadaptativos. En esta separación participan las “normas externas” de manera que, mientras los primeros están permitidos y no hacen daño a los demás, en los segundos ocurre todo lo contrario (p. ej. resulta adaptativo “hacer el amor” con la pareja –siempre que se haga en la intimidad, no en un lugar público- y es desadaptativo consumir cocaína o robar en unos grandes almacenes).

-Egosintónicos/egodistónicos. Aquí intervienen las “normas internas” y cómo el yo está de acuerdo con ellas, los acepta o no. Mientras los primeros no son rechazados por el yo, sí lo son los segundos que llegan a provocar un sufrimiento (p. ej. la homosexualidad “egodistónica” es aquella que produce malestar a quién la practica, acompañándose de sentimiento de culpa).

Se podría hacer una cuadrícula con estos elementos, apareciendo cuatro espacios diferentes (p. ej. adaptativo-egodistónico: homosexualidad que hace sufrir al sujeto; desadaptativo-egosintónico: el psicópata que agrede a otro pero

le da lo mismo, no siente nada). Cuando el impulso es egodistónico puede dar lugar a cualquiera de las siguientes manifestaciones afectivas:

-la culpa: sentimiento de pesar por haber hecho algo malo, pudiendo llevar al autocastigo,

-la vergüenza: aparece cuando un individuo es descubierto realizando el impulso (prohibido); aquí lo que cuenta es la mirada ajena. El pudor se refiere a la desnudez y el correspondiente visionado de ciertas partes del cuerpo que normalmente se mantienen ocultas (anatómicamente se habla de la “zona pudenda”) y

-el asco: repugnancia asociada a alguna acción execrable o a cualquier producto que salga del cuerpo (ej. heces, orina, flujo menstrual, esputos, sangre, etc.); puede acompañarse de sensaciones nauseosas.

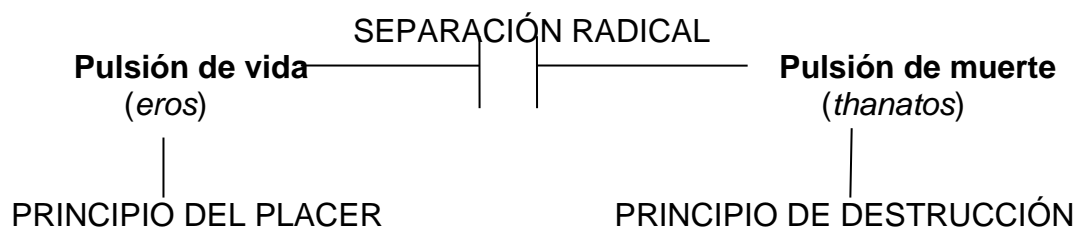
Estos tres elementos relacionados con la afectividad se convierten en verdaderos diques para contener las pulsiones y poder insertarnos en una sociedad de manera adaptada (p. ej. la culpa impide agredir a otro, el asco impide la “urofilia” o ingerir orina de otro).

10.2.3. Tipos de impulsos. En el texto titulado *Más allá del principio del placer* (1), escrito en 1920, Freud presenta una separación radical (y muy novedosa) en el campo de las pulsiones:

a) Las de vida (o “eróticas”; término que proviene de *Eros*: dios del amor): relacionadas con la creación, autoconservación o el amor. Siguen el “principio del placer”.

b) Las de muerte (o “tanáticas”; palabra que deriva de *Thanatos*: dios de la muerte): unidas a la destrucción, el odio, la agresión o la separación. Siguen el “principio de destrucción”, de ahí que Freud hable de un “más allá” (del “principio del placer”).

Según el gran médico vienés existe en el interior de todo ser humano una lucha incesante entre estas dos fuerzas y que, para que exista un estado de salud, las “pulsiones de vida” tienen que ganar la partida a las “de muerte”. Así las cosas, las primeras sirven de contención de las segundas.

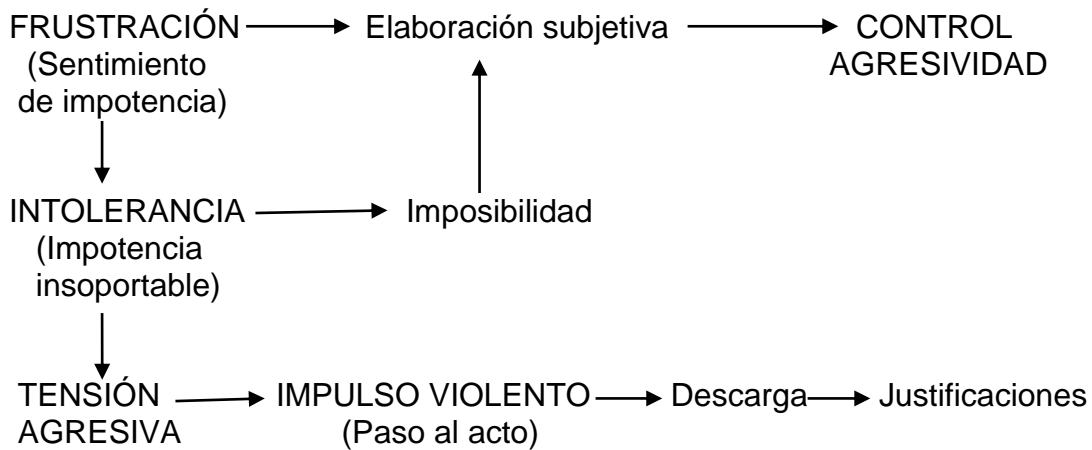


De las pulsiones de vida va a derivarse la sexualidad y de las de muerte la agresividad. Vamos a estudiarlas:

A) La agresividad (asociada a la “pulsión de muerte”). Consiste en la tendencia a atacar o destruir a otro ser humano, animal u objeto (p. ej. destruir una propiedad de alguien es un acto agresivo). Un punto que merece la pena ser tratado consiste en que el impulso agresivo es imposible de erradicar, ya que viene con nosotros desde la cuna, debido al pasado animal que poseemos. Aquellos intentos de hacerla desaparecer (p. ej. procurando que los niños no jueguen con armas o con soldaditos) o de creer que este afán puede lograrse forma parte de lo que se conoce actualmente como “angelismo”.

El ingreso del ser humano en la cultura y la adopción de sus correspondientes códigos implica domesticar la pulsión agresiva, dejando de ser un acto destructor y pasando a adoptar formas más sofisticadas, que no acaban con la vida de la persona (p. ej. calumniar, insultar, buscar un chivo expiatorio, desprestigiar, la bromita pesada, la ironía, el cotilleo, burlarse, etc.). De esta manera, el acto agresivo, como tal, no está permitido en la sociedad lo que posibilita la convivencia pacífica. Si este se llevara a cabo, solo se halla justificado en el caso de que la agresividad sea “defensiva” (así está contemplado en el Código Penal). Esta forma se llama “moiseita” (de Moisés, defensor del pueblo judío) y es la representación en el mundo humano de lo que Darwin llamó la “lucha por la vida”, que tiene un carácter adaptativo pues pretende mantener la propia vida o la de las personas cercanas. Cuando la agresividad es “ofensiva” (o “cainita”, de Caín) se habla de “violencia”, asociándose a ella una finalidad destructora, con las particularidades de producir víctimas y de ser punible legalmente; por consiguiente, puede entenderse por “violencia” la configuración perversa de la agresividad (2).

El estadounidense John Dollard (en 1939) elaboró una teoría bastante afortunada que relacionaba la agresividad con la frustración, de manera que, cuando esta última aparece y no es tolerada por el individuo, la tensión generada se descarga hacia la pulsión agresiva. Evidentemente, las personas adaptadas a la vida en sociedad elaboran las frustraciones (las subjetivan) y no las derivan a la acción. Por el contrario, los psicópatas suelen ser los más intolerantes con la frustración, pasando fácilmente a la acción y, en consecuencia, teniendo frecuentes problemas con la justicia. Estos individuos no soportan la impotencia que les produce la frustración, se les hace verdaderamente intolerable; finalmente, después de realizada la acción, acaban justificándola (p. ej. “si él me provocó y ¿qué iba a hacer yo?”, “había bebido bastante y no controlaba”, “él sí que es violento y fue el primero en pegar”, etc.). El siguiente grafo es bastante demostrativo de cuanto estamos diciendo:



No obstante lo dicho, los sociólogos advierten de que en las sociedades contemporáneas se está disparando la agresividad. Este fenómeno parece deberse a una serie de circunstancias inherentes a nuestro medio que aumentan el nivel de frustración de las personas (p. ej. la dificultad para conseguir las metas, la competición existente, el descenso de la comunicación afectiva, etc.), así como del aumento del consumo de alcohol y sustancias que producen la correspondiente desinhibición.

La agresividad puede tomar dos direcciones:

1. Hacia el otro: la heteroagresividad, que es asimilable a la actividad sádica. Este nombre deriva del Marqués de Sade, que no era tan salvaje como se decía pero que sí escribía historias en las que el dolor infligido al otro tenía un papel fundamental; los descendientes de este conocido noble francés se encuentran hoy en día luchando para limpiar su nombre.

2. Hacia el yo: la autoagresividad, asimilable a la actividad masoquista. Esta denominación se ha empleado a partir del escritor Sacher-Masoch que publicó una conocida obra, titulada *La Venus de las pieles*, publicada en 1870. En esta obra, el protagonista convence a su mujer para que lo trate como a un esclavo, llegando a soportar auténticas humillaciones.

Damos paso ahora al estudio de la psicopatología de la agresividad; esta puede alterarse siguiendo el esquema expuesto:

a) La heteroagresividad puede alterarse produciendo: 1º) lesiones o mutilaciones, en las que se produce un daño que no llega a comprometer la vida del sujeto y 2º) homicidio, que sí acaba con la vida de otro sin una motivación psicológica definida.

La agresividad psicopatológica, que aparece en el contexto de una enfermedad mental, tiene un carácter defensivo (no ofensivo) y no es punible desde el punto de vista legal (eso no quiere decir que el sujeto no tenga que

internarse en una institución). Pensemos en el paranoico que identifica a alguien (de modo delirante) con su “perseguidor”, tiene que defenderse de él.

Este es el caso de un paranoico que se encontraba en un conocido bar de Sevilla tomando un vino. De repente, uno de los que estaban en la barra le dijo a sus contertulios: “tiene unos cuernos así de grandes”, haciendo un gesto ostensivo con las manos y refiriéndose a un toro. El paciente, que se hallaba en el otro extremo de la barra y creyendo que se refería a él, cogió inmediatamente una botella y se la estampó en la cabeza con todas sus fuerzas. Claramente, no podía soportar el gravísimo “insulto” del que él era objeto en ese momento y tuvo que responder defendiendo su honor y respetabilidad.

Esta agresividad defensiva aparece también en la manía (llamada en estos casos “manía iracunda”), en el momento en que se contradicen las ejecuciones derivadas de la megalomanía (p. ej. cuando se le intenta ingresar). Lo mismo sucede en la esquizofrenia, ante la presencia de delirios (sobre todo persecutorios) o de alucinaciones auditivas que contienen insultos u órdenes (p. ej. una voz le ordena que mate a una persona).

En Córdoba se dio un caso, que saltó rápidamente a la prensa, de un esquizofrénico joven que creía que su padre estaba poseído por el Demonio (idea delirante). Como tenía que defenderse del Maligno, tomó una estaca y un martillo y mientras dormía le atravesó el esternón acabando con su vida en el acto.

Conviene recordar en este momento que se ha exagerado la agresividad de los enfermos mentales y que, pensarlos como sujetos agresivos, es un producto del miedo que se les tiene.

En cuanto a la agresividad ofensiva de carácter violento se presenta en el “sadismo”, entendido como perversión sexual que tiene como característica el buscar el goce haciendo daño, en los psicópatas (antisociales) debido a su intolerancia a la frustración y el fácil disparo del impulso agresivo, en sujetos inmaduros y primitivos ante las amenazas de abandono de su pareja (es lo que sucede muchas veces con la violencia de género) y, finalmente, en relación con el consumo de alcohol y sustancias tóxicas. En cualquiera de estos casos, el acto es punible legalmente.

b) La autoagresividad puede alterarse dando lugar a: 1º) autolesiones o automutilaciones, tratándose de un daño corporal autoinfligido que no compromete la vida y 2º) el suicidio, que consiste en acabar con la propia vida de manera intencional y supone el triunfo absoluto de la pulsión de muerte (se estudiará en los seminarios).

Las autolesiones y automutilaciones se muestran con bastante claridad en individuos que intentan expiar la culpa (personalidades masoquistas), en las llamadas de atención y en aquellos casos en los que el sentimiento de vacío conduce a hacerse cortes, con tal de sentir algo (personalidades límite).

Una chica joven, diagnosticada de trastorno límite de la personalidad, acude a la consulta traída por sus padres, los cuáles se encuentran sensiblemente afectados. El motivo es por hacerse cortes paralelos en la cara anterior de la muñeca; estos se saltan los troncos venosos importantes, no provocando apenas salida de sangre. También dice haberse cortado en el hombro y en la cara externa del muslo. Indica que no pretende matarse, sino “pasar el tiempo” o porque para ella “el tiempo no pasa”.

Una mención especial requiere el “síndrome de Münchhausen”; las personas que pertenecen a este espectro realizan autoagresiones de distinto calado con tal de ingresar en un hospital para ser tratados como auténticos enfermos. Muchas veces conocen perfectamente los síntomas de las enfermedades que simulan, siendo capaces de engañar a los médicos; en cualquier caso, aunque que parezcan distraídos o despistados, se encuentran muy atentos a cuanto ocurre a su alrededor para salir huyendo en el momento preciso en que son descubiertos.

B. La sexualidad (asociada a la “pulsión de vida”). Dada la confusión que existe en este terreno, en principio habría que distinguir entre “sexo” y “sexualidad”. El primero tiene que ver con el nivel biológico, los medios son los órganos genitales y la finalidad es la reproducción, algo que compartimos humanos y animales. En cambio, la “sexualidad” tiene lugar en el plano psicológico (o psicosocial), donde los medios son las personas y los fines obtener placer (asociado a la descarga pulsional) y la comunicación (la sexualidad también es una forma de comunicarse). Teniendo en cuenta que nos reproducimos una o dos veces en la vida, en la mayor parte de las ocasiones realizamos sexualidad y no sexo biológico.

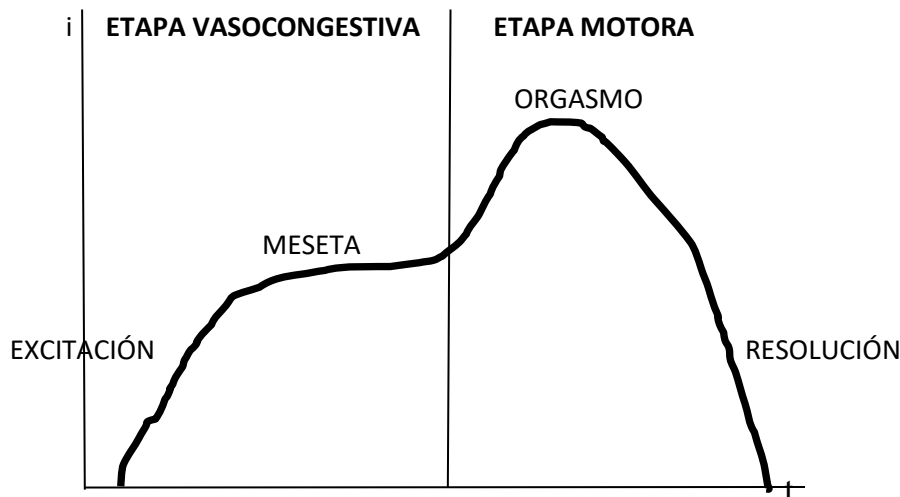
El sexo se compone de conductas repetitivas y casi estereotipadas, demasiado predecibles, mientras que la sexualidad incluye un amplio repertorio de comportamientos y sentimientos: cortejo, seducción, palabras cariñosas, conquista, acercamiento, fantasías, tocamientos, besos, vergüenza, formas particulares de provocar el deseo en el otro, disimulo, culpa, hastío, etc. A la hora de regularlos intervienen los códigos culturales, que facilitan o impiden ciertas maneras de aproximación y contacto. Para completar el esquema, también habría que considerar las estrategias y deseos personales. Una apreciación interesante consiste en que la separación sexo/sexualidad y las correspondientes derivaciones (reproducción vs. placer/comunicación) ha bastado para se produzca una des-patologización de numerosos comportamientos sexuales, anteriormente

incluidas en las clasificaciones de trastornos mentales (p. ej. homosexualidad, felación, cunnilingus, masturbación, etc.).

PLANO	DENOMINACIÓN	MEDIOS	FINALIDAD
Psicológico	SEXUALIDAD	Personas	Placer Comunicación
Biológico	SEXO	Org. genitales	Reproducción

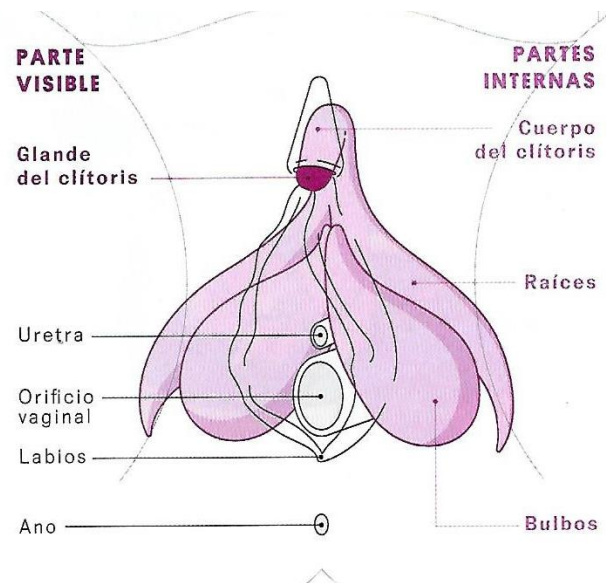
William Masters y Virginia Johnson (de los cuáles ya hablamos en el capítulo 2º), realizaron experimentos arriesgados en este campo y el resultado consistió en detallar los procesos psicofisiológicos que acontecen en los encuentros sexuales. Después de observar a un gran número de parejas realizando el acto sexual, definieron la Respuesta Sexual Humana (o RSH) (3) como el conjunto de modificaciones fisiológicas que se producen durante la actividad sexual. La meta de la RSH consiste en preparar dos cuerpos de sexo opuesto para la consecución de experiencias de satisfacción que culminan en el orgasmo (palabra que viene de la voz portuguesa *orgáo*, que se traduce como “hervir de placer”).

Según estos autores, la RSH consta de cuatro etapas: excitación, meseta, orgasmo y resolución, a las que una autora posterior (Helen Singer Kaplan) (4) añadió el deseo. Las dos primeras etapas descritas por Masters y Johnson (excitación y meseta) son vasocongestivas, debido a que los órganos sexuales aumentan su dimensión debido al llenado de sangre.



La excitación es un fenómeno más evidente en el hombre que en la mujer, dado que se produce la erección, fenómeno debido al llenado de los cuerpos cavernosos del pene. En la mujer el proceso es un poco más complejo, dado que sus órganos se han desarrollado internamente, apareciendo hacia fuera solo una parte del clítoris. Este último fue descrito por un médico de la antigüedad, llamado Sorano de Éfeso, quién dejó escrito que: “esta pequeña formación carnosa se disimula bajo los labios como las novias se ocultan bajo el velo”. Se trata del único

órgano de la anatomía humana destinado al placer; recordemos que el pene (su equivalente embriológico) sirve para expulsar la orina, copular y emitir el semen; la estructura del clítoris no es tan evidente, ya que la parte visible se continúa hacia atrás y hacia dentro formando las raíces clitorianas (ver imagen). Se añade que, a ambos lados de la abertura vaginal, existen los llamados bulbos vaginales, que también pueden llenarse de sangre, debido a la esponjosidad de su estructura. Cuando esto ocurre todo este conjunto (durante la excitación) conforma la llamada “plataforma orgásmica”, equivalente a la erección masculina.



Cuando los bulbos vaginales se hinchan, el tercio inferior de la vagina se estrecha formando el “globo”, denominación que alude a la forma que adquiere esta cavidad (se estrecha en su tercio inferior y se dilata en los dos tercios superiores). Este acontecer fisiológico se combina con el hecho de que el útero asciende, aumentando la vagina su dimensión para poder albergar el pene erecto durante el intercurso.

Un nuevo fenómeno se añade durante esta etapa (de excitación): la lubricación; se produce merced a una serie de glándulas dispuestas para tal fin, son las de Cowper en hombre y de Bartolino en la mujer. La secreción normal que elaboran es transparente y viscosa, siendo su función facilitar el acoplamiento sin que se den molestias por el rozamiento. Aquellas personas que padecen un trastorno de la excitación presentan como característica la ausencia de lubricación.

El orgasmo representa la culminación de la RSH, que se acompaña de sucesivas contracciones de la musculatura perineal y se experimenta placenteramente (descarga pulsional); constituye la “etapa motora” de la RSH. En este momento, en el hombre se produce la eyaculación y en la mujer puede aumentar el flujo (aspecto que se ha aludido por algunos autores como “eyaculación femenina”). Existe un error que ha trascendido bastante en la

literatura y que tenemos deshacer en este instante: la existencia de un solo tipo de orgasmo en el hombre y de dos en la mujer (el “clitoriano” y el “vaginal”); es cierto que el varón solo tiene una zona erógena genital dominante: el pene y que en la mujer se distinguen dos: el clítoris y la vagina, pero que así sea no implica que haya “dos orgasmos”, ni mucho menos. En este sentido, Masters y Jonhson afinaron bastante al decir que en la mujer “existe un solo tipo de orgasmo” y que, evidentemente, aunque se produzca la penetración, el estímulo clitoriano resulta fundamental para la consecución de una respuesta satisfactoria. Como vemos, la sexualidad femenina se ha llenado de bulos y de mitos basados en la ignorancia, lo que ha conducido, a su vez, a la vergüenza y al ocultamiento.

La fase de resolución supone la necesidad de que los cambios fisiológicos que se han dado en las etapas anteriores vuelvan a la normalidad, lo que implica la descongestión de los órganos genitales. A continuación tiene lugar el “periodo refractario” en el que no es posible una nueva activación de la RSH, resultando ser más prolongado en el varón que en la mujer; en esta última hasta es posible un nuevo orgasmo a continuación del anterior.

Las alteraciones de la sexualidad pueden separarse en dos grupos:

1) Trastornos de la intensidad (hipererosias). Acontece un aumento del apetito sexual, pudiendo separarse dos grupos bien diferenciados:

-Interesa solo la cantidad de conquistas. En el caso del hombre se habla de “donjuanismo” (viene del personaje literario D. Juan Tenorio) y en el de la mujer de “mesalinismo” (viene de Mesalina, esposa del emperador Claudio). En ambos hay que postular el componente narcisista del implicado/a, pues realizar la conquista implica “ponerse una medalla” y, a veces, presumir de haberla realizado ante los demás. Se añade que la persona conquistada no tiene ningún significado particular, de ahí que da lo mismo una persona que otra (la que “se ponga a tiro”).

-Interesa solo realizar el acto sexual o la cantidad de orgasmos logrados. Si es del hombre el término a empear es “satiriasis” y, si es la mujer, “ninfomanía”. Estas denominaciones se refieren a los sátiros y las ninfas que, según la mitología, se encontraban siempre copulando. Actualmente se consideran adicciones al sexo y, en cualquiera de ellos, se eliminan los preámbulos de la actividad sexual (hablar, seducción, cena, conocerse, etc.) ya que solo interesa el coito; el resto (p. ej. saber a qué se dedica o como es su vida) se excluye del repertorio de preliminares.

	HOMBRE	MUJER
Importan las conquistas	Donjuanismo	Mesalinismo
Importan los orgasmos	Satiríasis	Ninfomanía

2) Trastornos de la elección de objeto. Al principio del capítulo se habló de la gran variabilidad de objeto existente en el ser humano, de manera que la elección es altamente específica; quiere decir que, si el objeto no es el “correcto” no se desarrolla el impulso sexual correspondiente. Pueden escogerse como objeto: niños (paidofilia o pedofilia), ancianos (gerontofilia), cadáveres (necrofilia), flujos corporales o excrementos (excrementofilia), animales (zoofilia), objetos inanimados (fetichismo) o grupos (pluralismo). Veamos algunos casos bastante demostrativos:

Un estudiante del último año del Grado Universitario, acude a las fiestas que se realizan en pisos organizadas por chicas. Cuando llega allí no tiene ningún interés en beber, comer o ligar y lo único que desea es acceder al bomo de la ropa sucia, para sustraerla. No le interesa la ropa limpia que se encuentre en un cajón del ropero, sino aquella que está usada y con manchas visibles. Una vez obtenido el “botín” (como él mismo dice), se despide y se va a su casa y, a continuación, se masturba con las prendas obtenidas. Evidentemente, estamos ante un caso de “fetichismo”.

Conocemos el caso del sargento Farçois Bertrand, un joven oficial con una hoja de servicios impecable, quién de noche saltaba las tapias del cementerio parisino de Montparnasse, desenterrando a las mujeres jóvenes que habían fallecido y copulando con ellas. Una vez apresado por la policía fue condenado a un año de prisión, suicidándose al poco de ser liberado. La prensa de la época lo llamó “el vampiro de Montparnasse”.

3) Trastornos de los fines sexuales. En los preliminares de actividad sexual normal, previo al acoplamiento, tiene lugar una activación (erótica) de distintos órganos sensoriales, siendo actos comunes: ver desnudo al otro (vista), oler (olfato), acariciar (tacto), escuchar las palabras cariñosas o soeces (oído), besar (tacto), agarrar (músculo), ponerse ciertas prendas (vista), etc. Cualquiera de estas actuaciones aumenta la tensión sexual, que acaba activando los órganos genitales y copulando (descarga placentera). En los trastornos de los fines sexuales no se llega al final del proceso, de manera que uno (o más) de estos elementos sensoriales (vista, tacto, actividad muscular, etc.) toma todo el protagonismo, siendo el acoplamiento genital excepcional. Pueden presentarse distintas posibilidades, en las cuáles el sujeto puede adoptar un rol activo o pasivo:

-Voyeurismo (ojo, mirada; aspecto pasivo): espiar.

-Exhibicionismo (ojo, mirada; aspecto activo): mostrarse.

-Froterismo (tacto, aspecto pasivo): rozarse, por lo general en las multitudes.

-Travestismo fetichista: vestirse con ropas del sexo opuesto con la intención de obtener satisfacción sexual con las prendas. Tiene que diferenciarse del “travestismo simple”, en el que la ropa se lleva para crear la apariencia de pertenecer al otro sexo, moviéndose en el terreno de la imagen proyectada.

-Sadomasoquismo (actividad muscular, forma activa: sadismo y forma pasiva: masoquismo): provocar o recibir dolor, daño o humillación del otro.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Freud S. Más allá del principio del placer. En Obras Completas (Vol. 3). Madrid: Nueva Visión, 1981.
2. Alonso Fernández F. Psicología Médica y Social (5ª ed.). Barcelona: Salvat, 1989.
3. Masters W, Johson V. La respuesta sexual humana. Intermédica, 1976.
4. Kaplan HS. La nueva terapia sexual. Madrid: Alianza, 2014.