



R1279N9A09E1
UCPR (Año 2009 Núm.9)
R1279

ISSN 1900 - 567

Gráficos

Disciplinares de la UCPR

No. 9

Diciembre de 2009



60
Fuerza



UCPR

UNIVERSIDAD CATÓLICA POPULAR DEL RISARALDA

PSICOLOGÍA

Grafías

Disciplinares de la UCPR No. 9
ISSN 1900-5679

PSICOLOGÍA

Diciembre 2009

CONSEJO SUPERIOR

Monseñor Tulio Duque Gutiérrez
Monseñor Carlos Arturo Isaza Botero
Padre Darío Valencia Uribe
Pbro. Rubén Darío Jaramillo Montoya
Bernardo Gil Jaramillo
Héctor Manuel Trejos Escobar

RECTOR

Pbro. Rubén Darío Jaramillo Montoya

DIRECTORA GRAFÍAS

Inés Emilia Rodríguez Grajales

CONSEJO EDITORIAL

Judith Gómez Gómez
Patricia Herrera Saray
Inés Emilia Rodríguez Grajales
Alejandro Mesa Mejía
Mario Alberto Gaviria Ríos
Jaime Montoya Ferrer
Gabriel Flórez Ríos

SECRETARIA

Paola Andrea Murillo Gaviria

COORDINADOR GRAFÍAS No.9

Ana Lucía Sanín Jiménez

DIRECTORA PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

Ana Lucía Arango

COMITÉ REVISOR

Adriana Morales
Carolina Angel
Gloria Patricia Peláez
Clara Cecilia Mesa
Carlos Andrés Gantiva
Yamile Bocanegra
Marta Juliana Villegas
Ana Lucía Sanín

REVISIÓN DE ESTILO

Inés Emilia Rodríguez Grajales

REVISIÓN DE TEXTOS EN INGLÉS

Dr. Alberto Álvarez Jiménez

DISEÑO DE LA PORTADA

Comité Editorial UCPR

DISEÑO E IMPRESIÓN

Gráficas buda Ltda.
Calle 15 No. 6-23 PBX: 335 72 35

UCPR

Avenida de la Américas
e-mail: paginas@ucpr.edu.co
PBX: (57) (6) 312 77 22
Fax: (57) (6) 312 76 13
Pereira - Colombia

Canje: Biblioteca UCPR

EDITORIAL

4

RETORNO A LO INANIMADO: LA PULSIÓN DE MUERTE EN LA TEORÍA DE SIGMUND FREUD

7

Juliana Franco Cuartas
Ana Lucía Sanín Jiménez

MALESTAR EN LA CULTURA Y SUPERYÓ: CONVERSACIONES ENTRE FREUD Y LACAN

19

Jorge Alexander Daza
Ana Lucía Sanín Jiménez

ESTRÉS Y AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA

37

Isabel Cristina Cifuentes López
Martha Juliana Villegas Moreno

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA LA DEPRESIÓN DESDE LA TERAPIA COGNITIVA BASADA EN LOS FUNDAMENTOS DE BECK

51

Paula Andrea Carmona Duque
Marta Juliana Villegas

CARACTERIZACIÓN NEUROPSICOLÓGICA DE LA DEMENCIA SEMÁNTICA Y LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.

67

Natalia López
Yamile Bocanegra

118 DIC. 2009



LAS ILUSTRACIONES:

El trazo al igual que la palabra no hace más que movilizar aquello que desde el sentir no se puede expresar, de igual manera la palabra también es trazo cuando retira ese mutismo del papel y le retorna aquello que es propio por naturaleza. La expresión.

Carlos Federico Augusto Valencia Murillo
estudiante de Psicología de VIII semestre

MISIÓN

La Universidad Católica Popular del Risaralda es una institución de educación superior inspirada en los principios de la fe católica, que asume con compromiso y decisión su función de ser apoyo para la formación humana, ética y profesional de los miembros de la comunidad universitaria y mediante ellos de la sociedad en general.

La Universidad existe para el servicio de la sociedad y de la comunidad universitaria. El servicio a los más necesitados, es una opción fundamental de la institución, la cual cumple formando una persona comprometida con la sociedad, investigando los problemas de la región y comprometiéndose interinstitucionalmente en su solución. Es así como se entiende su carácter de popular.

Guiada por sus principios del amor y la búsqueda de la verdad y del bien, promueve la discusión amplia y rigurosa de las ideas y posibilita el encuentro de diferentes disciplinas y opiniones. En ese contexto, promueve el diálogo riguroso y constructivo entre la fe y la razón.

Como institución educativa actúa en los campos de la ciencia, la tecnología, el arte y la cultura, mediante la formación, la investigación y la extensión.

Inspirada en la visión del hombre de Jesús de Nazaret, posibilita la formación humana de sus miembros en todas las dimensiones de la existencia, generando una dinámica de auto superación permanente, asumida con autonomía y libertad, en un ambiente de participación y de exaltación de la dignidad humana.

La Universidad se propone hacer de la actividad docente un proyecto de vida estimulante orientado a crear y consolidar una relación de comunicación y de participación para la búsqueda conjunta del conocimiento y la formación integral.

Mediante los programas de investigación se propone contribuir al desarrollo del saber y en particular al conocimiento de la región.

Mediante los programas de extensión se proyecta a la comunidad para contribuir al desarrollo, el bienestar y el mejoramiento de la calidad de vida.

Para el logro de la excelencia académica y el cumplimiento de sus responsabilidades con la comunidad, la universidad fomenta programas de desarrollo docente y administrativo y propicia las condiciones para que sus miembros se apropien de los principios que la inspiran.

El compromiso de la Universidad se resume en «**ser apoyo para llegar a ser gente, gente de bien y profesionalmente capaz**».

VISION

La universidad inspirada por los principios y valores cristianos será líder en los procesos de construcción y apropiación del conocimiento y en los procesos de formación humana, ética y profesional de sus estudiantes, de todos los miembros de la comunidad universitaria y de la sociedad. Generará propuestas de modelos educativos pertinentes en los que se promueva un ambiente de apertura para enseñar y aprender, dar y recibir en orden a la calidad y el servicio.

Será un escenario en donde se promoverá el diálogo riguroso y constructivo de la fe con la razón, en el contexto de la evangelización de la cultura y la inculcación del evangelio. Como resultado de ese proceso y con el fin de alimentarlo, consolidará una línea de reflexión y diálogo permanente entre la fe y la razón. Como natural expresión de identidad católica, habrá consolidado la pastoral universitaria.

Será reconocida por su capacidad para actuar como agente dinamizador del cambio y promover en la comunidad y en la familia sistemas armónicos de convivencia. Ejercerá liderazgo en el ámbito nacional en la reflexión sobre el desarrollo humano y consolidará un centro de familia.

La universidad tendrá un claro sentido institucional de servicio orientado hacia sus estudiantes, profesores, personal administrativo y la comunidad.

Ejercerá liderazgo en programas y procesos de integración con la comunidad, los sectores populares, las empresas y el gobierno para contribuir al desarrollo sostenible.

Se caracterizará por conformar un ambiente laboral y académico que sea expresión y testimonio de los principios y valores institucionales y por la búsqueda permanente de la calidad en un sentido integral, reflejada en sus procesos académicos, administrativos y en el constante desarrollo de toda la comunidad universitaria.

La universidad habrá consolidado una comunidad académica con vínculos internos y externos y apoyada en el centro de investigaciones, para llegar a ser la institución con mayor conocimiento sobre los asuntos regionales.

Consecuente con la realidad actual de un mundo interdependiente e intercomunicado, la universidad habrá fortalecido los procesos de intercambio académico con otras instituciones del orden nacional e internacional.

EDITORIAL

Actualmente, la investigación ha venido tomando un papel protagónico en los escenarios de educación superior. Así, el Consejo Nacional de Acreditación, dentro de los estándares de alta calidad en las instituciones de Educación Superior, entiende la "Investigación Formativa (IF)" como una característica indispensable de los procesos académicos, la cual se enmarca dentro de las actividades del currículo realizadas por estudiantes en colaboración con docentes. En este sentido la IF, tiene una finalidad pedagógica y se desarrolla dentro de una propuesta curricular, por lo tanto, debe considerarse como un pretexto para llevar a cabo el ejercicio investigativo, el cual sólo debe surgir del asombro, de la curiosidad, del reconocimiento de la imperfección del conocimiento.

Para la presente edición de la revista Grafías psicológica, es un gusto poder presentar 5 artículos de quienes realizaron su residencia investigativa en el Grupo de Investigación Clínica y Salud Mental y hoy son nuestros egresados, los cuales dan cuenta justamente de un proceso académico de investigación formativa, movilizado por el deseo de conocer, de ir más allá de los aprendizajes logrados en el aula de clase.

La presentación de los productos a través de la divulgación, es la vía para movilizar el conocimiento, y a partir de esto, seguir indagando, problematizando y continuar con el ejercicio per se de la investigación. Por lo tanto, éste es sin duda, un excelente espacio para hacer academia, basada en la palabra, desde el rigor, la crítica y ante todo el argumento disciplinar, enmarcados dentro de un escenario plural que hace posible la psicología de hoy.

Tal pluralidad es la que caracteriza a este grupo de investigación, conformado por tres líneas: Psicoanálisis, trauma y síntomas contemporáneos; Psicología clínica y de la salud, y Neuropsicología, donde cada una ha venido problematizando y reflexionando fenómenos diversos como lo son el maltrato infantil, las enfermedades crónicas y las demencias, respectivamente, desde marcos referenciales disímiles entre sí, lo cual sin embargo no impide los diálogos y el debate, siempre abierto, en torno al amplio y complejo objeto de la salud mental.

Los dos primeros artículos que se presentan son productos de la línea de investigación Psicoanálisis, trauma y síntomas contemporáneos. El primer artículo titulado "Retorno a lo inanimado: la pulsión de muerte en la teoría de Sigmund Freud" propone la revisión de un concepto fundamental en la teoría psicoanalítica freudiana como

lo es la pulsión de muerte, el cual tiene como antecedentes las nociones de pulsión de agresión, pulsión de destrucción y pulsión de apoderamiento, abordadas en el artículo en un primer momento, luego de lo cual se ocupa de la pulsión de muerte y sus relaciones con la compulsión de repetición y el masoquismo erótico.

El artículo titulado "Malestar en la cultura y superyó: conversaciones entre Freud y Lacan" realiza una revisión teórica acerca del concepto de superyó en la obra de Freud y de Lacan, buscando encontrar las relaciones que este concepto tiene con el malestar en la cultura, contribuyendo así mismo a la delimitación y diferenciación entre los postulados de ambos autores. El artículo aporta así mismo a la comprensión de nociones como ideal del yo, goce, pulsión de muerte, conciencia de culpa.

El tercer y cuarto artículo se derivan de la línea de investigación Psicología clínica y de la salud. Así, el artículo titulado "Estrés y afrontamiento en pacientes con cáncer de mama", se pregunta por la influencia de la evaluación cognitiva del sujeto en el proceso de estrés y de afrontamiento en una enfermedad como el cáncer de mama, para lo cual aborda las principales conceptualizaciones acerca del estrés, el afrontamiento y la evaluación cognitiva, permitiendo mostrar que factores como el diagnóstico, el tratamiento, los efectos secundarios del mismo, la frustración personal, laboral, los conflictos familiares por la enfermedad, los cambios en la relación de pareja, en la sexualidad, en el estilo de vida, en el aspecto físico, y las creencias y concepciones que tenga la persona acerca de la enfermedad, pueden constituirse en actores estresantes que influyen en el desenlace de esta enfermedad crónica.

Por su parte, el artículo denominado "Intervención psicológica para la depresión desde la terapia cognitiva basada en los fundamentos de Beck, en pacientes con cáncer de seno", realiza una revisión tanto teórica como de antecedentes investigativos acerca del cáncer de mama, la depresión y la terapia cognitiva de Beck, con el fin de identificar si éste tipo de intervención disminuye los síntomas depresivos en mujeres con cáncer de mama, ya que es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes en la población que ha sido diagnosticada con esta enfermedad crónica.

El último artículo titulado "Caracterización neuropsicológica de la demencia semántica y la enfermedad de Alzheimer" se deriva de la línea de neuropsicología. El objetivo de este artículo es realizar una caracterización de las alteraciones neuropsicológicas que se presentan en la Demencia semántica y en la enfermedad de Alzheimer, con el fin de aportar exactitud al establecimiento del perfil de estas enfermedades, ya que en sus primeras etapas sus perfiles son bastante similares presentándose alteraciones de la memoria semántica en los dos cuadros.



RETORNO A LO INANIMADO: LA PULSIÓN DE MUERTE EN LA TEORÍA DE SIGMUND FREUD

Juliana Franco Cuartas*
Ana Lucía Sanín Jiménez**

RETURN TO THE UNANIMATED: DEATH DRIVE IN SIGMUND FREUD'S THEORY

SÍNTESIS

El presente artículo realiza una revisión documental del concepto de pulsión de muerte basada en la fuente primaria del psicoanálisis, Sigmund Freud. La pregunta que se plantea es: ¿Cuál es el concepto de pulsión de muerte en la obra Freudiana? Para dar respuesta a este interrogante se establecieron unas categorías que se ubicaron temporalmente, en un primer momento correspondiente a antes de 1920: pulsión de agresión, pulsión de destrucción y pulsión de apoderamiento y, en un segundo momento, después de la nominación precisa de la pulsión de muerte, con relación a esta categoría se abordaron nociones como la de compulsión a la repetición y masoquismo primordial o erótico.

Descriptorios:

Pulsión de muerte, principio de placer, principio de constancia, placer, displacer, psíquico, masoquismo y compulsión a la repetición.

ABSTRACT

This article contains a literature review of the concept of the death drive based on the primary source of psychoanalysis, Sigmund Freud. The question that the article asks is: Which is the concept of the death drive in Freud's proposal? To answer this question the article suggests two categories located in time. The first is before 1920, characterized by aggressive drive, destruction drive and empowering drive. The second category is after 1920, once the notion of the death drive has been clearly conceptualized. As to the latter, the article assesses notions such as repetition compulsion and fundamental erogenous masochism.

Descriptors:

Death drive, pleasure principle, constancy principle, pleasure, displeasure, psychic, masochism, repetition compulsion.

* Psicóloga. Universidad Católica Popular del Risaralda. Residente en la Línea de investigación Psicoanálisis, Trauma y síntomas contemporáneos de julio de 2007 a noviembre de 2008.

** Psicóloga, psicoanalista. Especialista en Psicología clínica, con énfasis en salud mental. Magister en Investigación psicoanalítica. Líder del grupo de investigación: Clínica y Salud mental, y de la línea Psicoanálisis, Trauma y Síntomas Contemporáneos. Profesora auxiliar del Programa de Psicología de la Universidad Católica Popular del Risaralda. alsanin@ucpr.edu.co

"En tiempo de fábulas, después de las inundaciones y los diluvios, surgieron de la tierra hombres armados que se exterminaron entre sí.

*Son terribles, con su obsesión por cortar cabezas.
Lo que me extraña es que alguien sobreviva (...)*

*La muerte puede verse de dos formas. La primera,
como lo imposible de lo posible y la segunda, como lo posible de lo imposible"*

(Jean Luc Godard, Notre Musique).

INTRODUCCIÓN

El presente artículo adscrito a la línea de investigación en Psicoanálisis, Trauma y Síntomas Contemporáneos, perteneciente al grupo de Clínica y Salud Mental de la Facultad de Ciencias Sociales, Humanas y de la Educación de la Universidad Católica Popular del Risaralda, realiza una revisión documental del concepto de pulsión de muerte basada en la fuente primaria del psicoanálisis, Sigmund Freud.

La vinculación a la línea de investigación se realizó a partir de un interés inicial por el estudio psicoanalítico del fenómeno de la anorexia, considerado por algunos autores como un síntoma contemporáneo, el cual generaba interrogantes por evidenciarse en él una tendencia marcada, y en ocasiones decidida, hacia la muerte, tendencia ésta que se opone al menos en apariencia al principio del placer, por situarse en una vía contraria a imperativos e ideales sociales de bienestar, salud, y cuidado de sí mismo. Sin embargo, estas búsquedas, que se interesaron por develar el fenómeno de la anorexia, posteriormente llevaron a considerar la importancia de esclarecer el concepto de pulsión de muerte y de realizar una revisión exhaustiva de éste en la obra Freudiana.

La conceptualización sobre la pulsión de muerte tiene una importancia fundamental en la historia del psicoanálisis, ya que permitió esclarecer y reafirmarse a sí misma como una teoría por fuera del calificativo de pansexualismo, pues éste se adjudicaba erróneamente al psicoanálisis Freudiano; así, el reconocimiento de esta pulsión descentró totalmente el interés exclusivo por la sexualidad: "Le reprocharon *pansexualismo*", a pesar de que la doctrina psicoanalítica de las pulsiones siempre había sido rigurosamente dualista y nunca había dejado de reconocer, junto a las pulsiones sexuales, otras a las que atribuía, justamente, la fuerza para sofocarlas. La oposición se designó, primero, "pulsiones sexuales y pulsiones de *autoconservación*"; en un giro posterior de la teoría, reza "*Eros y pulsión de muerte o de destrucción*". (Freud, 1925 [1924]/1996, 231)

Teniendo en cuenta la cita anterior, realizar una revisión teórica del concepto de pulsión de muerte es pertinente, pues resalta el distanciamiento del psicoanálisis de un pansexualismo y alude a un problema nodal para la teoría psicoanalítica misma. De este modo, la pregunta que se desarrolla en el presente trabajo es: ¿Cuál es el concepto de pulsión de muerte en la obra Freudiana?

Para responderla, se establecieron unas categorías que se ubicaron temporalmente, en un primer momento: pulsión de agresión, pulsión de destrucción y pulsión de apoderamiento; y en un segundo momento, la categoría de pulsión de muerte, en relación con la cual se abordan nociones como compulsión a la repetición y masoquismo primordial o erógeno. Así mismo, se establecen relaciones conceptuales entre diferentes principios que imperan en la vida anímica: principio de placer, principio de constancia, y el más allá del principio del placer.

Teniendo en cuenta que la denominación de pulsión de muerte aparece en 1920, en el texto titulado "*Más allá del principio del placer*", como uno de los dos tipos de pulsiones que gobiernan la vida anímica, al lado de las pulsiones de vida, se propone un recorrido teórico en dos momentos. El primero corresponde a los desarrollos freudianos anteriores a 1920, en los cuales se vislumbran algunos antecedentes importantes del concepto de pulsión de muerte. El primero de los textos que se retoma es "*Tres ensayos de teoría sexual*" de 1905, donde se aborda la pulsión de apoderamiento; el segundo es de 1909, "*Análisis de la fobia de un niño de cinco años*", en el cual se introduce la pulsión de agresión; posteriormente se trabaja el texto "*Pulsiones y destinos de Pulsión*" de 1915, que permite precisar los postulados sobre el concepto de pulsión.

El segundo momento corresponde a las elaboraciones freudianas desarrolladas en 1920 y las posteriores a esta fecha, en las cuales no sólo aborda la pulsión de muerte, sino sus relaciones con la compulsión a la repetición y el masoquismo primordial, en textos como "*Más allá del principio del placer*" (1920), "*El yo y el Ello*" (1923), "*El pro-*

blema económico del masoquismo" (1924), "*El malestar en la cultura*" (1930), y "*El esquema del psicoanálisis*" (1939).

1. UN ACERCAMIENTO AL CONCEPTO DE PULSIÓN EN LA OBRA FREUDIANA

El concepto de pulsión dentro de la teoría psicoanalítica de Freud, juega un papel fundamental, pues es a partir de este concepto que se empieza a fundamentar lo psíquico. El autor define a la pulsión como un límite entre lo orgánico y lo psíquico y a su vez como un representante para lo psíquico, pues ésta es una conexión para ambos estratos (orgánico y psíquico): "*La pulsión nos aparece como un concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático, como un representante psíquico de los estímulos que provienen del interior del cuerpo y alcanzan el alma, como una medida de la exigencia de trabajo que es impuesta a lo anímico a consecuencia de su trabazón con lo corporal*". (Freud, 1915/1996, 117)

La pulsión se comporta como un estímulo para lo psíquico, pero un estímulo que proviene del interior del organismo y se diferencia de otro tipo de estímulos (los fisiológicos) que se caracterizan por presentarse "*como una fuerza de choque momentánea*" (1915/1996, 114). La pulsión es siempre una fuerza constante que se vale de una agencia representante para representarse. El carácter de la pulsión se manifiesta entonces como una "*fuerza o esfuerzo constante*" [Drang], (1915/1996, 115) que sólo logra ser cancelada por medio de la satisfacción que necesariamente es parcial. Dicha satisfacción se consigue por medio de un objeto, el cual es variable en la medida en que satisface a la pulsión a partir de una contingencia que produjo satisfacción y por con-

siguiente posibilitó el alcance de la meta, siendo esta última la satisfacción que se logra por medio de la cancelación del proceso somático (fuente) representado en el psiquismo por la pulsión.

Los estímulos pulsionales proponen un trabajo mayor al aparato psíquico que el que plantean los estímulos externos, puesto que los primeros corresponden a "*exigencias mucho más elevadas al sistema nervioso y lo mueven a actividades complejas, encadenadas entre sí, que modifican el mundo exterior lo suficiente para que satisfaga a la fuente interior de estímulo*" (1915/1996, 115). Freud deja planteado cómo la pulsión se convierte entonces en el elemento que moviliza el desarrollo del sistema nervioso, pues este último responde a la afluencia de trabajo interno de las pulsiones y no a los estímulos del mundo exterior, aunque estos últimos en etapas primordiales, del curso filogenético, influyen sobre la sustancia viva posibilitando su desarrollo como organismo.

En lo que respecta a la vida anímica y todo su acontecer, Freud expone que ésta se encuentra gobernada por tres grandes polaridades: *Sujeto (yo)-Objeto (mundo exterior), Placer-Displacer, Activo-Pasivo* (1915/1996, 128). La primera de dichas polaridades alude a la relación entre mundo interior y mundo exterior nombrada por Freud como la polaridad real, la cual se sustenta en la oposición entre yo y no yo, correspondiendo este último al mundo externo. Desde un momento primordial el yo se ve enfrentado a las acciones musculares que puede emitir ante los estímulos provenientes del exterior, sin embargo esta misma acción muscular no cancela la fuerza constante de las pulsiones que actúan en su interior, frente a las cuales no puede escapar. La segun-

da polaridad placer-displacer (económica) hace referencia, en este texto, al incremento y disminución de la tensión o distensión que produce el dominio de los estímulos pulsionales. Entonces, el placer estaría dado por la disminución de esfuerzo pulsional. La tercera, está dada por la polaridad activo-pasivo (biológica): "*El yo-sujeto es pasivo hacia los estímulos exteriores, y activo por sus pulsiones propias*". (1915/1996, 129)

En el estado narcisista el yo se encuentra investido libidinalmente, y la satisfacción posee un carácter autoerótico, que consiste en la posibilidad que tiene el niño de satisfacerse con su propio cuerpo, sin la necesidad de un mundo exterior. Freud menciona al respecto que en este momento primordial existe un yo- placer, el cual "*quiere (...) introyectarse todo lo bueno, arrojar de sí todo lo malo. Al comienzo son para él idénticos lo malo, lo ajeno al yo, lo que se encuentra afuera*" (Freud, 1925/1996, 254-255). El mundo exterior le es indiferente, aunque en ocasiones puede ser fuente de displacer cuando de él provienen estímulos al yo.

Freud distingue entre un yo-realidad y un yo-placer, el primero reconoce un adentro y un afuera y se sirve de la posibilidad de expeler de sí lo que es displaciente e incorporar lo que es fuente de placer, modificándose éste en un yo-placer. Las dos polaridades, sujeto (yo)- objeto (mundo exterior), placer-displacer, coinciden, pues el yo es fuente de placer, mientras que el mundo exterior como objeto ajeno al yo es fuente de displacer.

Igualmente, en este texto Freud aporta a su desarrollo sobre las pulsiones sexuales y las pulsiones de autoconservación. Las primeras tienden a la conservación de la especie, teniendo así metas que van más allá del indi-



viduo y lo trascienden, mientras las segundas tienden a la conservación del individuo (yo). Las pulsiones sexuales son múltiples, independientes, cada una se dirige a una meta que consiste básicamente en el placer de órgano, posteriormente se espera que estas pulsiones independientes (primitivas) logren agruparse de una forma más o menos consistente bajo el primado de los genitales y se tenga como función la reproducción.

Freud destaca que la primera aparición de las pulsiones sexuales se encuentra apuntalada en las pulsiones de autoconservación, éstas la mayoría de las veces se valen del objeto que las pulsiones yoicas les demarca. Las pulsiones sexuales experimentan unos destinos específicos que son: trastorno hacia lo contrario (actividad-pasividad y trastorno en cuanto al contenido), vuelta hacia la persona propia, represión y sublimación.

En lo que respecta al primer destino de la pulsión, el trastorno puede hacer alusión a la meta de la pulsión, bien sea pasividad-actividad o actividad-pasividad, por ejemplo: "*la meta activa -martirizar; mirar-es remplazada por la pasiva -ser martirizado, ser mirado*" (1915/1996, 122). En igual medida, el trastorno puede hacer alusión al contenido, el ejemplo Freudiano es la mudanza del amor en odio o viceversa.

El segundo destino de pulsión, vuelta hacia la propia persona, alude al cambio de objeto mientras que la meta se mantiene, el masoquismo es un ejemplo pilar para esta comprensión, ya que éste "*es sin duda un sadismo vuelto hacia el yo propio, y la exhibición lleva incluido el mirarse el cuerpo propio*". (1915/1996, 122)

Teniendo como base los planteamientos Freudianos expuestos anteriormente, se in-

troduce a continuación el desarrollo de los antecedentes sobre la pulsión de muerte.

2. ALGUNOS ANTECEDENTES DE LA PULSIÓN DE MUERTE

La pulsión de apoderamiento es un antecedente directo del concepto de pulsión de muerte, de ésta Freud se ocupa en la primera edición del texto "Tres ensayos de teoría sexual" (1905), donde afirma: "*Tenemos derecho a suponer que las mociones crueles fluyen de fuentes en realidad independientes de la sexualidad, pero que ambas pueden entrar en conexión tempranamente, por una anastomosis [conexión transversal] próxima a sus orígenes*". (175). Este supuesto es la aproximación más directa que realiza Freud sobre la independencia de las fuentes de las pulsiones de crueldad. Diez años más tarde, en la tercera edición de este mismo texto, el párrafo antes citado se modificó y se hizo alusión a una cierta independencia de las zonas erógenas en los componentes crueles de la pulsión sexual.

La mención de las aproximaciones sobre la independencia de esta clase de pulsiones es importante, ya que manifiesta el antecedente de lo que posteriormente se estableció como pulsión de muerte, uno de los dos tipos de pulsiones que gobiernan la vida anímica, que además es independiente de las pulsiones sexuales. No se debe ignorar lo que Freud desarrolla después sobre la mezcla y desmezcla pulsional, donde se conserva el vínculo, avizorado tempranamente, entre la sexualidad y la agresión.

Ahora bien, la pulsión de apoderamiento introduce un acercamiento a la fase pregenital sádico-anal, permitiendo localizar la característica de la actividad a partir de esta

pulsión que se sirve de la musculatura del cuerpo para apoderarse del objeto (las heces), de manera que lo activo remite al componente sádico de la pulsión. Así, la pulsión de apoderamiento se enlaza con el sadismo en la medida en que este último "*consiste en una acción violenta, en una afirmación de poder dirigida a otra persona como objeto*". (1915/1996, 123)

Tal conceptualización hace explícitos los planteamientos sobre un sadismo originario, que sólo posteriormente, valiéndose de la vuelta hacia la propia persona, puede ser trasmudado en masoquismo. La vuelta hacia la propia persona y el trastorno hacia lo contrario como destinos de la pulsión coinciden en el par de opuestos sadismo-masoquismo. Retomar el acercamiento sobre este tipo de pulsiones particulares, permite introducir las diferentes variaciones que las mociones agresivas y la pulsión de apoderamiento tienen con la pulsión de muerte.

El término pulsión de agresión aparece en la obra Freudiana como una insinuación inicial en el año de 1909, cuando aún el autor no se adhería al reconocimiento de ésta como una pulsión que estuviese al mismo nivel de las pulsiones sexuales: "*No puedo decidirme a admitir una pulsión particular de agresión junto a las pulsiones sexuales y de autoconservación, con que estamos familiarizados, y en un mismo plano con ellas (...) A pesar de toda la incertidumbre y oscuridad de nuestra doctrina de las pulsiones, prefiero atenerme provisionalmente a la concepción habitual, que deja a cada pulsión su capacidad propia para devenir agresiva (...)*". (1909/1996, 113)

La cita da cuenta de una posición Freudiana inicial en la que las manifestaciones agresivas del pequeño Hans y los sentimientos de

agresión hacia el padre y los impulsos sádicos hacia la madre, se relacionaban directamente con la sexualidad y provenían de la sofocación de contenidos sexuales, nombrados por Freud como "*vislumbres del coito*". (1909/1996, 111)

Posteriormente, Freud va a reconocer en una nota al pie de página en el texto "El malestar en la cultura", que el hacer depender las pulsiones agresivas de la sexualidad, se debió a una actitud defensiva ante los planteamientos de Alfred Adler sobre la pulsión de agresión, ya que quiso distanciarse notablemente del carácter universal que Adler le adjudicaba a esta clase de pulsión por encima de las demás pulsiones, manteniéndose Freud en una postura dualista de la pulsión, y menciona además su preferencia por llamar a esta pulsión de agresión como pulsión de destrucción o de muerte.

3. RETORNO A LO INANIMADO: PULSIÓN DE MUERTE

El reconocimiento en 1920 de las pulsiones de muerte como un tipo de pulsiones diferentes a las sexuales, y no dependientes de ellas, le permitió al psicoanálisis posicionarse como una teoría que contradecía una vez más los ideales y los juicios de valor de una época en la que se consideraba el trabajo Freudiano como pansexualismo.

En lo que respecta al tránsito por las teorías doctrinales de la pulsión, Freud agrega en una nota al pie de página en su texto "*Más allá del principio del placer*" (1920), una descripción que permite vislumbrar sintéticamente el desarrollo terminológico de las pulsiones. El término pulsión sexual se distanció de la función de reproducción que inicialmente se le había asignado como su meta prevalente, sin embargo temporalmente



se conservó el término; más adelante se introdujo el libido narcisista, la cual conllevó a que la pulsión sexual se nombrara de allí en adelante como Eros, estando este último al servicio de las llamadas pulsiones de vida. En lo que tiene que ver con las pulsiones yoicas, en un primer momento éstas aparecían en oposición a las pulsiones sexuales, las cuales se caracterizaban por la investidura libidinal. Luego Freud se replantea esta tesis y reconoce en las pulsiones yoicas una investidura libidinal en la medida en que se toma al propio yo como objeto de satisfacción pulsional; la dualidad se plantea en adelante entre pulsiones yoicas y pulsiones de objeto, ambas movilizadas por el libido. Posteriormente, con el reconocimiento del Eros, las pulsiones yoicas y de objeto pasan a formar parte de las pulsiones de vida. En oposición a éstas, se sitúan las pulsiones de muerte como un tipo de pulsiones que estaban por fuera de la sexualidad y que actuaban con independencia de la libido, reordenándose así la teoría pulsional¹.

En lo que respecta a la formalización del concepto de pulsión de muerte, la compulsión a la repetición fue el punto de arranque para el reconocimiento de la misma. Por medio de la clínica, Freud empezó a notar que sus pacientes a pesar de la queja constante y el malestar que les producían sus síntomas, no los abandonaban fácilmente, por el contrario, se sostenían en esta posición: "*Se afanan por interrumpir la cura incompleta, saben procurarse de nuevo la impresión del desaire, fuerzan al médico a dirigirles palabras duras y a conducirse fríamente con ellos, hallan los objetos apropiados para sus celos*" (1920/1996, 21)

Freud se cuestionó por esto en la medida en que dichas impresiones no podían procurar placer alguno, sin embargo se las repetía, no sólo los sujetos neuróticos a través de sus síntomas, sino también los "no neuróticos", en situaciones cotidianas no sintomáticas, lo que lo llevó a suponer la existencia de una tendencia que se aleja del principio del placer y que presentifica el retorno de lo displacentero, lo ominoso, un retorno de aquello que excedió pulsionalmente al sujeto, tendencia que "*devuelve también vivencias pasadas que no contienen posibilidad alguna de placer, que tampoco en aquel momento pudieron ser satisfacciones, ni siquiera de las mociones pulsionales reprimidas desde entonces*" (1920/1996, 20). No obstante, Freud destaca que la compulsión a la repetición puede no estar en contradicción con el principio de placer, en la medida en que lo que se repite, si bien es displacentero para una instancia psíquica, el yo, no lo es para la otra, el ello.

Es esta compulsión a la repetición adscrita a lo inconsciente, la que da cuenta del carácter universal de la pulsión de muerte, una pulsión que había sido sofocada, pero que siempre había estado allí en los inicios de la vida, "*La meta de toda vida es la muerte; y, retrospectivamente: Lo inanimado estuvo ahí antes que lo vivo*". (1920/1996, 38)

En lo que respecta a la aparición de los dos tipos de pulsiones que gobiernan la vida anímica, Freud en "*El yo y el Ello*" (1923), puntualiza que en la génesis de la vida misma aparecen ambas, por un lado la pulsión de vida se esfuerza por continuar el estado

¹ Mientras que el término libido es empleado para aludir a la energía sexual, o pulsión de vida, no existe un término análogo para la pulsión de muerte, como lo indica Freud en el texto "Esquema del psicoanálisis" (1939).

de vida, y por otro, la pulsión de muerte se esfuerza por conducir la vida a la muerte, de este modo la vida se constituye entonces como un compromiso entre ambas aspiraciones de meta, donde las dos pulsiones entran en una transacción y en una lucha desde el origen de la vida.

Freud resalta en los dos tipos de pulsiones un carácter conservador, es decir, que ambas pulsiones se dirigen de una forma estrictamente conservadora para cumplir cada una su meta, no dejando con esto de lado la mezcla y desmezcla pulsional, pues es a partir de esta cualidad del acaecer psíquico que la pulsión alcanza la satisfacción, poniéndose la pulsión de vida al servicio de la pulsión de muerte o viceversa.

Freud se valió de paralelos biológicos para representar su conceptualización sobre la doctrina pulsional. En su texto "*Dos artículos de enciclopedia*" (1923 [1922]/1996) recurre a la biología para hacer una lectura análoga entre pulsiones de vida y pulsiones de muerte, con los procesos anabólico y catabólico. El primero tiene como propósito, partiendo de la sustancia viva ya existente, generar cada vez mayores cantidades, conquistándose así la perduración de la vida (pulsiones de vida); por el contrario, el segundo proceso se encarga de la degradación de la sustancia para conseguir unas más simples; de este modo, las pulsiones de muerte persiguen la meta de conducir lo vivo hacia la muerte, lo orgánico en inorgánico. Si bien estas últimas se pueden manifestar vueltas hacia la persona misma vía la autodestrucción, también se pueden expresar vueltas hacia el mundo exterior como agresión y destrucción.

En conclusión, la revisión teórica del desarrollo conceptual de la pulsión de muerte

genera unos intereses que requieren esclarecimiento, en cuanto que las pulsiones, sin importar el grupo al cual pertenezcan, suelen mezclarse y desmezclarse entre sí, logrando alcanzar de este modo sus metas. Dicho esclarecimiento lo aporta Freud en su texto "*El problema económico del masoquismo*" de 1924, a partir de algunos planteamientos sobre el masoquismo, pues esta manifestación hace alusión a la pulsión de muerte vuelta hacia la persona propia y a su vez conserva un carácter erótico que la liga a la sexualidad. Así se da paso al siguiente apartado que ahondará sobre este aspecto.

4. PULSIÓN DE MUERTE: UN PROBLEMA ECONÓMICO PARA EL PSIQUISMO

Cuando se trata en el psicoanálisis de lo económico, indudablemente se está haciendo alusión a la cantidad o a la tensión pulsional dentro de lo anímico, a la carga energética, a la polaridad placer-displacer, al esfuerzo siempre constante de la pulsión. Freud en su texto "*Pulsiones y destinos de pulsión*" (1915), alude a lo económico, partiendo de la exposición de "*las tres grandes polaridades que gobiernan la vida anímica*", ya referenciadas en este artículo. La polaridad que media entre placer-displacer, es precisamente la que le permite a Freud replantearse en términos de cualidad (1923 [1922]/1996), la función que tiene el displacer en el masoquismo, esto en correspondencia con el principio del placer, para lo cual el autor propone entonces investigar la relación entre este principio y los dos tipos de pulsión que gobiernan la vida anímica.

El principio de placer hace alusión al hecho de disminuir la tensión del aparato anímico, pues la tensión es precisamente lo displacentero para la economía psíquica,



teniendo que ver con la sobrecarga de estímulos de fuente interior. El principio de constancia consiste en mantener la excitación psíquica en el nivel mínimo posible.

Estos dos principios fueron equiparados por Freud antes de 1924, en textos como "*Más allá del principio del placer*", por tender ambos a la disminución de la tensión. Pero en el texto "*El problema económico del masoquismo*" (1924), desarrolla una diferencia clara entre ellos, pues si se identificaran los dos principios, el placer y el displacer dependerían por consiguiente del aumento y disminución de la tensión pulsional. Así, tanto el principio de constancia como el principio del placer, estarían al servicio de las pulsiones de muerte, pues su meta tendería a "*conducir la inquietud de la vida a la estabilidad de lo inorgánico, y tendría por función alertar contra las exigencias de las pulsiones de vida -de la libido-, que procuran perturbar el ciclo vital a cuya consumación se aspira*" (1924/1996, 166). Pero esta apreciación no es correcta, ya que el principio de placer indudablemente lleva el título de guardián de la vida.

De lo que resulta que el carácter placentero o displacentero no depende del exceso o disminución de la tensión, que haría alusión a un factor cuantitativo, sino que el placer y el displacer dependen de un carácter cualitativo del factor cuantitativo, siendo ésta una de las apuestas teóricas que realiza el autor en este texto. Freud llega a esta conclusión reconociendo que existen tensiones placenteras y por consiguiente distensiones displacenteras, y aunque no ahonda mucho sobre dicho carácter cualitativo del factor cuantitativo, plantea como hipótesis que "*Quizá sea el ritmo, el ciclo temporal de las alteraciones, subidas y caídas de la cantidad de estímulo; no lo sabemos*". (1924/1996, 166)

El principio de constancia al servicio de la pulsión de muerte y notablemente diferenciado del principio de placer, en el transcurrir del ser vivo sufre en parte una modificación, la cual estaría dada por las particularidades de la pulsión de vida, la libido, tomando así el principio de placer un lugar junto al principio de constancia, asegurándose de salvaguardar la vida misma. En este punto la apuesta freudiana por *ese más allá del principio* de placer toma sentido, ya que es en sí mismo el principio de placer el que se desprende como una modificación del primer principio y, por consiguiente, del grupo de pulsiones de muerte.

Cuando Freud conceptualizó sobre el masoquismo, se percató de la existencia de un masoquismo erógeno, que correspondía a un masoquismo primario, en la medida en que éste consiste en sentir placer a partir del dolor, resaltando que se acompaña de la libido en todas las fases del desarrollo; sólo es luego cuando esta forma de apuntalamiento de la pulsión de muerte en el propio sujeto es desviada por la libido hacia el mundo exterior como pulsión de apoderamiento o de agresión, dicho viraje de la pulsión le da paso al sadismo.

La pulsión de muerte moviliza constantemente a eliminar a nivel inconsciente "*a todos cuantos nos estorban el camino, a todos los que nos han ultrajado o perjudicado*" (1915/1996, 298), de modo que su satisfacción puede lograrse, de manera parcial, a través de la agresión dirigida al semejante en la fantasía. De igual forma, la posibilidad de dirigir la pulsión de muerte hacia fuera, tomando un objeto exterior para su satisfacción, permite de algún modo desalojar del sujeto aquella autodestrucción originaria.

Ahora bien en este ir y venir de la pulsión de muerte, el otro como objeto juega un papel

decisivo en el camino que tomará la pulsión de muerte, pues se hace necesario que para el sostenimiento de la vida misma como complejo pulsional, se dé la presencia del otro, consiguiéndose así que la pulsión de agresión se desaloje del propio sujeto.

Freud recurre a una analogía del funcionamiento celular para ejemplificar la vía que toma la pulsión de muerte: *"Como consecuencia de la unión de los organismos elementales unicelulares en seres vivos pluricelulares, se habría conseguido neutralizar la pulsión de muerte de las células singulares y desviar hacia el mundo exterior; por la mediación de un órgano particular, las mociones destructivas. Este órgano sería la musculatura, y la pulsión de muerte se exteriorizaría ahora -probablemente sólo en parte- como pulsión de destrucción dirigida al mundo exterior y a otros seres vivos"*. (1923/1996, 42)

Esta cita nos ilustra por medio de la biología, el hecho de que es a partir de la relación con el mundo exterior y con los otros, que la meta de la pulsión de muerte logra ser desviada, y entonces así las pulsiones de vida empiezan su trasegar en busca de su meta, pero es claro que el sujeto del psicoanálisis no se comporta simplemente como un organismo, ya que más allá de estar constituido pluricelularmente, es pluri-pulsional.

5. CONSIDERACIONES FINALES

La aparición del concepto de pulsión de muerte se convirtió en un elemento de gran importancia en la teorización y clínica psicoanalítica, en la medida en que destacó la apuesta Freudiana por un tipo de pulsión especial que se diferencia de la sexualidad y que no siempre se encuentra ligada a ella. Los antecedentes de la pulsión de muerte

que se referenciaron dentro de esta elaboración, siempre ponían de plano su relación con la sexualidad, pero con el posterior reconocimiento de la dualidad pulsión de vida-pulsión de muerte en el año de 1920, esta última se desligó conceptualmente de la sexualidad, al igual que aquellas denominadas mociones agresivas, pulsión de apoderamiento o pulsión de agresión; sin embargo es de reconocer que aunque exista dicha dualidad pulsional y cada una de las pulsiones se dirija en forma estrictamente conservadora por la consecución de su meta, éstas pueden valerse o no de la mezcla pulsional para alcanzar su fin.

El reconocimiento de las pulsiones de muerte pone de manifiesto un nuevo principio que está más allá del principio del placer. Partiendo de este referente se reconoció la diferenciación entre el principio del placer y el principio de constancia, pues mientras el primero estaría al servicio de las pulsiones de vida, en la medida en que se sirve de la libido como energía para su movilidad y para toda la complejidad que éste le impone a la vida con el fin de preservarla, el segundo está al servicio de las pulsiones de muerte por su tendencia a la estabilidad y la no tensión, que implica inercia.

Así, la aparición de la pulsión de muerte modificó la teorización sobre el placer y el displacer, pues estos no dependen de la tensión o distensión pulsional que haría alusión a un factor cuantitativo y que es la apuesta del principio del placer, sino que éstas dependen de un carácter cualitativo del factor cuantitativo, entonces se reconoce la existencia de tensiones placenteras y distensiones displacenteras. Sin embargo, dicho carácter cualitativo deja un vacío en la teorización freudiana, ya que el autor no volvió sobre este punto.



La pulsión de muerte igualmente posibilitó el reconocimiento de un masoquismo originario o primordial, que modificaba la apuesta de 1915 en el texto "*Pulsiones y destinos de pulsión*" sobre un sadismo primordial, pues del mismo modo que las pulsiones sexuales se aseguraban una investidura narcisista, las pulsiones de muerte se encontraban inicialmente replegadas en el yo.

En lo que hace referencia a la compulsión a la repetición, es de resaltar que ésta se estatuye como el elemento que dio cabida al interrogante Freudiano por la pulsión de muerte, pues el "*retorno de lo mismo*" se ubicaba al menos en parte *más allá del principio del placer*, ya que si bien lo que se repite es satisfactorio para el ello, es displacentero para el yo.

La conceptualización freudiana sobre la pulsión de muerte permite reconocer que la vida se constituye en sí misma como una transacción entre ambas pulsiones, lo que evidencia entonces la dualidad de metas pulsionales, si bien ambas clases de pulsiones existen desde el origen de la vida misma, ambas como fuerzas constantes se dirigen en pos de su satisfacción, una en pos de la conservación de la vida (pulsiones de vida) y otra en pos de la muerte (pulsión de muerte). Cabe decir que la pulsión de muerte es la única que puede llegar a una satisfacción total en la medida en que alcanza su meta, pues con la muerte misma del sujeto cesa su empuje.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Freud, Sigmund (1996) Análisis de la fobia de un niño de cinco años. En J. Strachey (Ed. y Trad.), Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu Editores (Trabajo original publicado en 1909).

----- (1996) De guerra y muerte. En J. Strachey (Ed. Y Trad.), Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu Editores. (Trabajo original publicado en 1915).

----- (1996) Pulsiones y destinos de pulsión. En J. Strachey (Ed. Y Trad.), Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu Editores. (Trabajo original publicado en 1915).

----- (1996) Más allá del principio del placer. En J. Strachey (Ed. Y Trad.), Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu Editores. (Trabajo original publicado en 1920).

----- (1996) Dos artículos de enciclopedia. En J. Strachey (Ed. Y Trad.), Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu Editores. (Trabajo original publicado en 1923 [1922]).

----- (1996) El yo y el ello. En J. Strachey (Ed. Y Trad.), Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu Editores. (Trabajo original publicado en 1923).

----- (1996) El problema económico del masoquismo. En J. Strachey (Ed. Y Trad.), Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu Editores. (Trabajo original publicado en 1924).

----- (1996) Las resistencias contra el psicoanálisis. En J. Strachey (Ed. Y Trad.), Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu Editores. (Trabajo original publicado en 1925 [1924])

----- (1996) La negación. En J. Strachey (Ed. Y Trad.), Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu Editores. (Trabajo original publicado en 1925).

----- (1996) El malestar en la cultura. En J. Strachey (Ed. Y Trad.), Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu Editores. (Trabajo original publicado en 1930 [1929]).

Sarde, A. & Waldburger, R. (Productores) & Godard, J. L. (Escritor/Director). (2004). Notre Musique [Película]. Francia: ECM Records.



MALESTAR EN LA CULTURA Y SUPERYÓ: CONVERSACIONES ENTRE FREUD Y LACAN

Jorge Alexander Daza*
Ana Lucía Sanín Jiménez**

DISCOMFORT IN CULTURE AND SUPEREGO: CONVERSATIONS BETWEEN FREUD AND LACAN

SÍNTESIS

El presente artículo se interroga por las relaciones existentes entre el superyó y el malestar en la cultura desde las propuestas de Freud y Lacan, teniendo en cuenta que estos conceptos cambian a lo largo de la obra de ambos. Contempla sus divergencias y convergencias en este tema, mostrando su concordancia con el complejo de Edipo y lo pulsional. Además resalta la distinción que hace Lacan entre las funciones del ideal del yo y el superyó, la cual no es tan clara en los escritos de Freud. Al final se dejan abiertas algunas preguntas en los campos teórico, clínico y social.

Descriptoros:

Superyó, Ideal del yo, malestar en la cultura, pulsión de muerte, goce, complejo de Edipo.

ABSTRACT

This article analyzes the relation between superégo and discomfort in culture in Freud and Lacan's theories, taking into account that these concepts changed for these authors over the years. The article shows the common ground and the differences between Freud and Lacan in this regard and illustrates its association with the Oedipus complex and the drives. In addition the article highlights Lacan's distinction between the functions of the ego ideal and superégo, which is not so clear in Freud's work. The paper ends up with some open questions in the theoretical, clinical and social domains.

Descriptors:

Superego, ego ideal, discomfort in culture, death drive, the gaze, Oedipus complex

* Psicólogo. Universidad Católica Popular del Risaralda. Residente en la Línea de investigación Psicoanálisis, Trauma y síntomas contemporáneos de julio de 2007 a noviembre de 2008.

** Psicóloga, psicoanalista. Especialista en Psicología clínica, con énfasis en salud mental. Magister en Investigación psicoanalítica. Líder del grupo de investigación: Clínica y Salud mental, y de la línea Psicoanálisis, Trauma y Síntomas Contemporáneos. Profesora auxiliar del Programa de Psicología de la Universidad Católica Popular del Risaralda. alsanin@ucpr.edu.co

INTRODUCCIÓN

Si bien el psicoanálisis es una disciplina eminentemente clínica y a la vez un método de investigación para conocer fenómenos psicológicos que de otra forma no sería posible, también se interesa por ciencias no psicológicas, tal como lo explica Freud en su texto "El interés por el psicoanálisis", que podría ser considerado el manifiesto interdisciplinar del mismo. Entre las disciplinas mencionadas están el lenguaje, la filosofía, la biología, la psicología evolutiva, la historia de la cultura, el arte, la sociología y la pedagogía.

Hacer ese tipo de relaciones es bastante complejo, ya que se trata de un proceso cuidadoso y riguroso, en el que se generan espacios de diálogo comunes entre una y otra disciplina, de tal forma que puedan compartir aportes y críticas o llegar al punto en el que una pueda ser objeto de estudio de la otra.

Gran parte de la reflexión de Freud gira en torno a estos intereses. Es así como los conceptos a desarrollar en este artículo están en plena relación con el interés por la sociología y por la historia de la cultura. Sobre el interés sociológico Freud afirma: "...el psicoanálisis descubre en su más amplia escala la participación que las constelaciones y los requerimientos sociales tienen en la causación de la neurosis" (1913b/1996, 190-91). Por esta vía, el Psicoanálisis estudia en qué medida lo social afecta lo individual y puede generar los síntomas.

En cuanto al interés por la Historia de la cultura, expone:

"...el psicoanálisis se habilita para arrojar luz sobre los orígenes de nuestras grandes instituciones culturales: la religión, la eticidad, el derecho, la filosofía. Al pesquisar las

situaciones psicológicas primitivas de las que pudieron surgir las impulsiones para esas creaciones, se ve capacitado para refutar muchos intentos de explicación que se basaban en alguna provisionalidad psicológica, y sustituirlos por unas intelecciones que calan a mayor profundidad." (1913/1996, 188)

En lo referente a la historia de la cultura, es pertinente afirmar que el psicoanálisis contribuye a desentrañar los principios psíquicos que intervienen en la constitución de los diferentes modos de relación del hombre con su mundo a lo largo de la historia; por ejemplo, cómo la omnipotencia de las ideas influyó en la aparición del totemismo.

Sobre esta base, se hace posible dar entrada a la pregunta que orienta el presente artículo, a saber, ¿Qué relación tiene el superyó con el malestar en la cultura en las propuestas de Freud y de Lacan? Para dar respuesta a este interrogante, hay que tener en cuenta que, a lo largo del desarrollo del pensamiento psicoanalítico, el superyó ha sido uno de los conceptos más debatidos, por lo que no hay que dejar pasar sus problemáticas. El primer punto a considerar es el de las críticas que suscitan su uso y abuso.

Al respecto, Marta Gerez Ambertín (2003) expone diez de las vertientes que ha tomado el superyó en los distintos autores psicoanalíticos: 1) benévolo, amoroso y protector; 2) resultado de la identificación con los padres, sexuado, confundido con el ideal del yo y dominado por el yo; 3) heredero del complejo de Edipo, da cuenta de la realidad 3) ajeno al carácter; 4) "amoral" que debe ser domesticado; 5) ausente o debilitado en la perversión; 6) asimilado al síntoma; 7) aliado a la transferencia; 8) masculino o femenino; 9) asegurador del éxito; 10)

ausente en el niño o simplemente expulsado del aparato psíquico. Al revisar estas diez propuestas, la autora señala que se encuentran bastante alejadas del pensamiento freudiano y lacaniano, por lo que propone volver a los textos de ambos para comprender este concepto, soportando las dificultades que tiene esta rigurosidad y dejando al lado concepciones que evaden el conflicto inherente a la vida del ser humano.

Por su parte, Jacques-Alain Miller (1986) denuncia que la psicología del yo, con sus abanderados Hartmann y Lowenstein, trasfiere las funciones del superyó al yo, restándole su importancia. De igual forma, resalta que existe una tendencia en los psicoanalistas actuales a repetir la fórmula que presenta al superyó como heredero del complejo de Edipo, la cual es replicada de una forma "sacramental", aún cuando Melanie Klein da cuenta de su precocidad. Por último, este autor denuncia que categorías como masoquismo primordial y pulsión de muerte están siendo expulsadas del discurso analítico, a pesar de ser categorías esenciales para comprender el superyó. El propio Lacan en el seminario de "La ética" (1960a/2000), asegura que los psicoanalistas tienden a olvidar el superyó en sus promesas de curación, sobre todo su carácter mortífero.

El segundo punto se refiere a la concepción de superyó en Freud y Lacan, puesto que entre estos autores se presentan tanto divergencias como convergencias. Colette Soler (2007) se sorprende de que un concepto tenga formulaciones tan contrarias, pues por un lado Freud propone que el superyó es una instancia de renuncia, y por el otro, Lacan dice que es de empuje al goce. Según Soler, el impasse de Freud con el superyó es que lo considera heredero tanto del padre como del ello, lo cual se debe, en

parte, a que no logró separar el padre y el superyó, mientras que, según esta autora, Lacan supera esta contradicción, ya que les atribuyó funciones distintas. Con respecto a este punto, Miller expone que Lacan se interesó en el superyó porque hace contrapunto al Nombre del Padre.

Lo planteado por estos autores pone de manifiesto que el estudio del superyó es un asunto vigente, que tiene distintas facetas y múltiples posibilidades. Este artículo realiza un abordaje de carácter teórico, buscando encontrar las relaciones que tiene el superyó con el malestar en la cultura, contribuyendo a la delimitación de los postulados de Freud y Lacan, ya que entre estos dos autores se presenta una situación especial, en la cual se tienden a confundir las contribuciones del uno con las del otro, debido en parte, a que Jacques Lacan se autodenomina revisionista de Freud, sin negarse que realiza importantes aportes en la teoría y la técnica del psicoanálisis que lo llevan a apartarse, en ocasiones, del padre del psicoanálisis.

Por otra parte, el presente texto, al estar inscrito en la línea de investigación Psicoanálisis, Trauma y Síntomas Contemporáneos, aporta a la comprensión de nociones como superyó, goce y malestar en la cultura, importantes a la hora de pensar en los síntomas contemporáneos, sirviendo de base a las búsquedas de otros estudiantes y siendo un insumo teórico para futuras investigaciones.

1. DESARROLLOS FREUDIANOS RESPECTO A LA RELACIÓN ENTRE EL SUPERYÓ Y EL MALESTAR EN LA CULTURA

Arrebatado por una irresistible ansia de sacrificio iba a

implorar a dios que lo mate, pero no llegó a tiempo de poner las palabras en orden. La anestesia le ahorró el supremo sacrilegio de querer transferir los poderes de la muerte hacia un dios más generalmente conocido como dador de la vida. (Saramago, 2006,23)

En cuanto al malestar en la cultura, se podrían situar dos momentos en la teorización freudiana; en el primero se desarrolla la antinomia entre sexualidad y cultura, resaltando los efectos nocivos que tiene la segunda sobre la primera y, aunque no se menciona al superyó o al malestar en la cultura, se reúne gran parte de los insumos que luego darán origen a estos dos conceptos.

Se encuentra un segundo momento, en el que Freud propone que el malestar en la cultura es causado porque las pulsiones de vida y de muerte se encuentran en pugna; en este sentido, el lugar del superyó sería, más que reprimir, empujar a los sujetos a la renuncia de una forma tan extrema que se ubica del lado de la pulsión de muerte.

Para llevar a cabo este recorrido, es preciso tener en cuenta que existen algunas confusiones al usar los conceptos de ideal del yo y súper yo, lo que será aclarado.

1.1 LOS IDEALES DE LA CULTURA Y LA CONCIENCIA DE CULPA

En la época victoriana se presentaba un fenómeno particular: la sexualidad estaba regulada en gran parte por la cultura y la norma dictaba que sólo era posible tener relaciones sexuales dentro del matrimonio, con el fin exclusivo de la procreación y la edu-

cación; buscaba que los individuos enfocaran sus pulsiones para que pudieran poner toda su energía en el trabajo cultural.

Ante ello, Freud se dio cuenta de que algunos síntomas se presentaban de forma frecuente, principalmente la nerviosidad y la impotencia psíquica; en ambos encontró que la causa estaba más allá de lo orgánico, obediendo a una causalidad psíquica, específicamente relacionada con la sexualidad. Esto le permitió concluir que había una discontinuidad entre los fines de la cultura y la constitución del sujeto, de tal forma que las altas exigencias culturales estaban siendo la base del sufrimiento subjetivo.

Para explicar este tema, Freud contrapone el concepto de sublimación y el de fijación. La sublimación es el proceso que cambia la meta sexual originaria por otra de carácter no sexual que obedezca a los fines culturales, mientras que la fijación es el resto que se resiste a ser sublimado, un punto de satisfacción directa que no cede (1908).

La noción de fijación pone de manifiesto que para todos los individuos la satisfacción directa es ineludible; si se tiene en cuenta que unos la necesitan más que otros, pero que la pretensión cultural es evitar que dicha satisfacción se logre por medio de prohibiciones excesivas, inevitablemente aparecerán los síntomas. Lo anterior es un efecto paradójico, ya que en muchas ocasiones son inhibiciones que perjudican el andamiaje mismo de la cultura; es decir, al pretender la máxima renuncia del individuo para que sirva a los ideales culturales, ésta puede lograr su propio final.

Más allá de esta paradoja, Freud explica que existe otra cara de la prohibición, referida a la conciencia de culpa. Para dar cuenta de

dicha conciencia, se vale de su estudio de la neurosis obsesiva, pues nota cómo estos enfermos tienen una forma peculiar de comportarse:

"Puede decirse que quien padece de compulsión y prohibiciones se comporta como si estuviera bajo el imperio de una conciencia de culpa de la que él, no obstante, nada sabe; vale decir, de una conciencia inconciente de culpa, como se puede expresarlo superando la renuencia que provoca la conjunción de esas palabras. Esta conciencia de culpa tiene su fuente en ciertos procesos anímicos tempranos, pero halla permanente refrescamiento en la tentación, renovada por cada ocasión reciente; y por otra parte genera una angustia de expectativa siempre al acecho, una expectativa de desgracia que, por medio del concepto del castigo, se anuda a la percepción interna de la tentación" (1907/1996, 106)

De este fragmento de "Acciones obsesivas y prácticas religiosas", se pueden extraer varios puntos importantes. En primera insatancia, Freud menciona que los neuróticos se encuentran bajo una conciencia de culpa que es inconsciente, afirmación que hace teniendo en cuenta que la conjunción de ambos términos parece incompatible, pues pensar que hay algo de conciencia en el inconsciente es una contradicción lógica; sin embargo, se refiere a la conciencia moral, a una necesidad de castigo de la cual el sujeto no puede dar cuenta². Un segundo aspecto es que la conciencia de culpa está

ligada a la represión, valga decir, que mientras los deseos reprimidos buscan constantemente su satisfacción, se está en una permanente espera de castigo por dichos deseos, puesto que el efecto de la conciencia de culpa está siempre presente.

Con respecto a la conciencia de culpa, Freud ubica su origen histórico gracias a su análisis del sistema totémico³, basándose en Wundt y Frazer para plantear que el tótem representa un padre ancestral. Esto tiene una estrecha relación con lo que en el totemismo es considerado como el banquete totémico, un rito en el cual el colectivo se come al animal totémico, en contradicción con su normatividad, ya que en otras ocasiones estaba prohibido y era castigado de la forma más enérgica. El rito era una festividad llena de júbilo, sin embargo, cuando acababa, el animal totémico era llorado; es decir, la relación con el animal totémico -representante del padre- era ambivalente.

Freud retoma a Darwin para sustentar sus planteamientos, cuando propone que en la horda primordial "hay un padre violento, celoso, que se reserva todas las hembras para sí y expulsa a los hijos varones cuando crecen..." (1913a/1996, 143). Agrega que en algún momento los hermanos se aliaron y mataron al padre⁴, el cual era temido y envidiado por cada uno de ellos, así, lo devoraron y se identificaron con él para apoderarse de una parte de su fuerza. Después de imponer sus deseos de muerte, los hermanos se arrepintieron, lo que despertó la con-

2 Freud reconoce lo impropio de hablar de sentimiento inconciente de culpa, aunque lo sigue usando aclara este punto en el problema económico del masoquismo (1924) donde explica que se refiere a una necesidad de castigo ya que las sensaciones y los sentimientos son percibidos sólo por el sistema de percepción conciencia.

3 En este punto Freud aclara que los acercamientos que realiza a estos temas son susceptibles de imprecisiones por la dificultad inherente de los mismos.

4 Al final de Tótem y tabú Freud se pregunta por la objetividad del asesinato del padre, discusión que deja abierta, teniendo en cuenta que los primitivos no diferenciaban del todo su pensamiento y su acción (omnipotencia de las ideas).

ciencia de culpa, por un lado porque admiraban al padre y, por el otro, porque ninguno podría alcanzar el poder que una vez llegó a tener él. El crimen primordial despierta la conciencia de culpa, provocando la aparición de los dos tabúes principales del totemismo: la prohibición al incesto y al parricidio.

No obstante, acerca de estos planteamientos Freud presenta dos cuestionamientos, sobre todo en su texto "Tótem y tabú": De ser la muerte del padre el punto de origen de la conciencia de culpa ¿cuánto de esta primera conciencia de culpa queda en la actualidad? ¿Cómo se transmite de generación a generación? Estos puntos son abordados por él, sin llegar a conclusiones que agoten el tema.

Sustenta que debe aceptarse la premisa de que hay una herencia psíquica. De no ser así, cada generación tendría que hacer sus propias averiguaciones y no se presentaría algún avance; según Freud, esta herencia es tan amplia que supera con creces la transmisión directa, a su vez que algo de la vida individual debe despertar dicha herencia para que ésta sea efectiva. Un último aspecto que resalta es que el psicoanálisis ha demostrado que los procesos anímicos más fuertes dejan huellas en el psiquismo; de la misma forma, sería posible plantear que las impresiones más fuertes de una generación son recibidas por la siguiente.

En "Moisés y la religión monoteísta" (1939), amplía el panorama de esta discusión, al

plantear que en el individuo no sólo actúan contenidos vivenciados por él mismo, sino que los de sus antepasados vienen con él, como unos "fragmentos de origen filogénico, una herencia arcaica" (1939, 94)⁵. Para dar cuenta de dicha herencia propone dos hipótesis. La primera se refiere a una especie de herencia genética que sería pulsional, y la segunda se basa en una concepción universal del simbolismo lingüístico. Propone que en la herencia pulsional sobresalen las reacciones frente al complejo de Edipo y la castración, puesto que tanto en la clínica como en la observación de niños pequeños, encuentra que las reacciones frente a los padres son injustificadas, lo que sólo podría explicarse por la herencia. En cuanto al simbolismo lingüístico, plantea que la forma en que cada ser humano aprende el lenguaje es la misma, lo que supone que dicha herencia es de la época en la que el lenguaje fue adquirido por la humanidad y funciona como una disposición intelectual adquirida.

1.2 YO IDEAL, IDEAL DEL YO Y SÚPER YO

Existen tres conceptos en Freud que se tornan problemáticos, a saber, el yo ideal, el ideal del yo y el superyó. Para situar estas dificultades es necesario remitirse al texto "Introducción al narcisismo" (1914/1996), en el que pareciera utilizar indiscriminadamente los conceptos de yo ideal e ideal del yo⁶, entendidos como una instancia que se erige en el interior del yo, por cuyo medio se mide el yo actual. El proceso mediante el cual se instaura el ideal del

5 En este punto Freud sustenta que el concepto de inconsciente colectivo está de más, puesto que el inconsciente es colectivo, patrimonio de la humanidad, por lo que es una redundancia decir colectivo.

6 El traductor del seminario 1 de Lacan dice que la diferencia sí se encuentra, sólo que no ha sido traducida al español. Lacan realiza un análisis de introducción al narcisismo en la clase XI de dicho seminario, allí trabaja la diferencia entre yo ideal e ideal del yo.



yo es una forma de no perder el amor narcisista que recayó en un momento sobre el yo, quien debió resignarse por las prohibiciones y por el despertar del propio juicio. Así, el amor hacia el yo ideal reemplaza el amor real que una vez se tuvo hacia el yo, cumpliendo aquí la función de la conciencia moral. Tal como lo expone Freud, la conciencia moral está del lado de las exigencias de la cultura y se constituye por la caída del complejo de Edipo.

En 1923 aparece por primera vez el superyó en el texto "El yo y el ello", sin embargo, Freud no lo distingue del ideal del yo y lo sitúa como una instancia al interior del yo. Propone que existen dos momentos importantes para su constitución: el primero es el de las identificaciones primarias con los progenitores⁷, donde se encuentra la base para el segundo, que es el declive del complejo de Edipo. Dichas identificaciones han sido modificadas por la prohibición y se enfrentan al resto del yo, como ideal del yo o superyó. Señala además que el superyó no es solo el producto de estas identificaciones, sino que es una formación reactiva frente a ellas, lo que pone en la siguiente fórmula: "Su vínculo con el yo no se agota en la advertencia: "Así (como el padre) debes ser", sino que comprende también la prohibición: "Así (como el padre) no te es lícito ser, esto es, no puedes hacer todo lo que él hace; muchas cosas le están reservadas". (1923/1996, 33). Esto se debe a la fuerza del proceso de la represión.

Al final de las consideraciones sobre el superyó en este texto, plantea que éste es el heredero del complejo de Edipo, concep-

ción que completa diciendo: "... y cuanto más intenso fue el complejo de Edipo y más rápido se produjo su represión (por el influjo de la autoridad, la doctrina religiosa, la enseñanza, la lectura), tanto más riguroso devendrá después el imperio del superyó como conciencia moral, quizá también como sentimiento inconsciente de culpa, sobre el yo". (1923/1996, 36)

En este texto señala por primera vez una de las características más paradójicas del superyó: "Es asombroso que el ser humano, mientras más limita su agresión hacia afuera, tanto más severo -y por ende más agresivo- se toma en su ideal del yo" (1923/1996, 55), hecho bastante extraño, puesto que se esperaría que el superyó se calmara con dichas renunciaciones. También dirá que el ideal del yo es el germen de las religiones y la ética.

En contraste con la concepción del superyó como heredero del complejo de Edipo, para Freud, el superyó está en fuerte relación con el ello ya que, al igual que esta instancia, muestra una fuerza despiadada contra el yo. Comprueba esta tesis en la clínica, planteando al superyó como el causante de la reacción terapéutica negativa, la cual consiste en que al mostrarse un atisbo de mejoría en la cura, las personas empeoran, dejando ver que en ellos existe una "necesidad de estar enfermas" tan fuerte que sólo puede encontrar su fuente en lo pulsional. (1923/1996, 50)

En 1924, en "El problema económico del masoquismo", Freud toca algunos puntos importantes sobre el superyó. Plantea que existe un masoquismo erógeno originario previo al sadismo y, a su vez, que una de sus

7 En este texto la palabra utilizada es "padre" no progenitores; sin embargo, en una nota al pie (Freud, 1923, 33) reconoce lo impropio de este término, puesto que el niño todavía no ha tenido noticia de la diferencia entre los sexos. De igual forma reconoce que el complejo de Edipo simple es el menos frecuente, ya que se presentan vínculos libidinales y de identificación tanto hacia el padre como la madre. Por lo demás en "El problema económico del masoquismo" (1924) ubica ambos progenitores como los primeros objetos de amor e identificación.

salidas es el masoquismo moral, en el cual identifica el sentimiento inconsciente de culpa, causado por la tensión entre el yo y el superyó. En este texto explica que, después de la resolución del complejo de Edipo, los vínculos con los primeros objetos de amor son desexualizados, produciendo una desmezcla pulsional⁸, lo que puede acrecentar la severidad del superyó, pues son introyectados caracteres esenciales de estos objetos: "su poder, su severidad, su inclinación a la vigilancia y el castigo". (1924/1996, 173)

Otro aspecto que toma en cuenta Freud es que el superyó es "...el subrogado tanto del ello como del mundo exterior" (1924/1996, 172), puesto que a pesar de que los vínculos con los progenitores se encuentran introyectados por la identificación, se han tomado rasgos de ellos y existen en el mundo exterior, es decir, son personajes encarnados. Estos, a su vez, ocultan los influjos tanto del pasado como de la tradición, ya que con su presencia reavivan las reacciones frente al complejo de Edipo y contribuyen a la posterior instauración del superyó.

A la postre, es en el artículo "El Malestar en la cultura" (1927/1996) donde Freud realiza elucidaciones más detalladas sobre el superyó, abandonando el uso del término ideal del yo. Es justamente ese texto el que abre la puerta a la relación que se busca realizar entre superyó y malestar en la cultura.

1.3 MALESTAR EN LA CULTURA Y SUPERYÓ

En los apartados precedentes se ha venido esbozando la cuestión del superyó, quedan-

do aún pendiente establecer si es posible plantear alguna relación con el malestar en la cultura.

Se ha señalado que el propósito de la cultura es buscar el máximo rendimiento del individuo para sus fines; a su vez, que éste es, en cierto grado, refractario a tal aspiración; sin embargo, Freud, teniendo en cuenta la división pulsional del Eros y el Tánatos, propone que la máxima aspiración de la cultura es mantener cohesionados a los individuos en una gran unidad, la humanidad, lo que sería una manifestación de la pulsión de vida, una búsqueda de la conservación de la misma, lo cual no cambia el hecho de que en el individuo se presente una resistencia frente a dicho propósito. El punto de quiebre de esta aspiración es la agresividad originaria del ser humano, una tendencia destructiva hacia cualquier ser, por lo que manifiesta Freud: "...sostengo que la cultura encuentra en ella su obstáculo más poderoso". (1927/1996, 117)

Teniendo en cuenta lo anterior, Freud se pregunta cómo la cultura se defiende de esta agresividad y propone que se han generado vínculos de amor de meta inhibida, en busca de la cohesión, en vez de relaciones basadas en la satisfacción directa, que son menos duraderas.

Pero el mencionado método no es suficiente para contener la pulsión agresiva, por lo que se le da un vuelco a la pulsión de agresividad hacia el propio yo, produciendo el superyó, aplicando al yo la misma agresividad que se hubiera ejercido de buen gusto contra cualquier objeto.⁹

8 Las pulsiones de vida y de muerte no se encuentran ligadas entre sí, cada una busca su satisfacción de forma autónoma.

9 En "El malestar en la cultura" Freud aclara que la agresividad tiene su fuente tanto en la ambivalencia frente al padre como en la agresividad del padre de la horda primitiva.



Para explicar la forma como la agresividad retorna al yo, Freud recurre a sus indagaciones sobre la génesis de la conciencia moral. En un principio, el individuo no tiene una idea preconcebida de lo que es el bien o el mal, de tal forma que su obediencia se debe a que no quiere perder el amor de sus progenitores (cuidadores), porque esto significaría estar a la merced de las inclemencias del mundo exterior, pero sobre todo de la agresividad de ellos mismos; de esta manera, el individuo actúa en contradicción a la autoridad sólo si tiene la certeza de no ser descubierto. Sin embargo, la constante denegación de la satisfacción de las pulsiones agresivas produce la instauración de una instancia prohibitoria. En un segundo tiempo, la autoridad se ha interiorizado y a partir de aquí, es suficiente sólo que se desee sobrepasar la ley para que el castigo, a modo de sentimiento de culpa, se vea ejecutado.

Estas formulaciones llevan a Freud esgrimir la siguiente tesis: "... ante el superyó nada puede ocultarse, ni siquiera los pensamientos" (1927/1996, 121). Propuesta que explica la paradoja del superyó, ya que entre más se deniegue una satisfacción, más aumenta la tentación y por ende el castigo.

Estos desarrollos permiten relacionar ambos conceptos en la articulación freudiana, a saber, que el superyó es uno de los medios, tal vez el más importante, por el cual la cultura sofoca la agresividad, haciendo que el individuo renuncie a lo pulsional; sin embargo, dicha sofocación es una de las causas del malestar, en la medida en que el superyó es una instancia que cada vez pide más renunciaciones, puesto que con cada renuncia se fortalece, construyendo una cohesión que gira en torno al fortalecimiento de la culpa. Es así como el superyó, al ser una instancia interiorizada, es la forma en que "... la cultu-

ra yugula el peligroso gusto agresivo del individuo debilitándolo, desarmándolo y vigiándolo mediante una instancia situada en su interior, como si fuera una guarnición militar de una ciudad conquistada". (1927/1996, 120)

2. DESARROLLOS LACANIANOS RESPECTO A LA RELACIÓN ENTRE EL SUPERYÓ Y EL MALESTAR EN LA CULTURA

"El superyó es un enigma en la teoría de Lacan. Mientras su crítica al yo es un punto bien conocido (...) no existe nada equivalente en la enseñanza de Lacan acerca de la función del superyó".
(Miller, 1986, 132)

De entrada, en Lacan se encuentra una afirmación bastante desconcertante en lo que respecta al superyó: "la única cosa de la que nunca traté es del superyó" (1971/1999). Enunciado bastante enigmático, puesto que constantemente se refiere al concepto, tanto de forma directa como indirecta, aunque en apartados muy cortos y difíciles de aprehender, lo cual hace que se complejice su abordaje. Teniendo en cuenta esta dificultad, se rastrearán algunos de sus planteamientos. Para empezar, se realizará la distinción entre ideal del yo y superyó, enfatizando en los desarrollos sobre este último; después se revisará cómo lo relaciona con el malestar en la cultura, para finalmente sacar algunas consideraciones finales.

2.1 SUPERYÓ E IDEAL DEL YO ¿COERCITIVO O EXALTANTE?

En el seminario "Los escritos técnicos de Freud" (1954/1981), Lacan critica la tendencia a utilizar conceptos distintos como

iguales, por lo que se propone diferenciar el ideal del yo y el superyó, postulando que el superyó es coercitivo y el ideal del yo es exaltante.

La palabra exaltante viene del verbo exaltar, significante que el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española define de cuatro formas: "a) Elevar a alguien o algo a gran auge o dignidad; b) Realzar el mérito o circunstancias de alguien; c) Avivar o aumentar un sentimiento o pasión d) Dejarse arrebatar de una pasión, perdiendo la moderación y la calma" (Diccionario de la lengua Española, 2001, 686-687). Por su parte, coercitivo tiene dos definiciones "a) Que sirve para forzar la voluntad o la conducta de alguien; b) Represivo, inhibitorio" (2001, 392): De estas dos definiciones se puede sacar a modo de contraste, que mientras el primero eleva y dignifica, el otro fuerza la voluntad.

En congruencia con esto, Lacan destaca la función pacificadora del ideal del yo y su relación con la función del padre: "...lo que nos interesa aquí es la función que llamaremos pacificante del ideal del yo, la conexión de su normatividad libidinal con una normatividad cultural, ligada desde los albores de la historia a la imago del padre" (1948/2003, 109). De esta manera, se encuentra al ideal del yo como una instancia que regula los vínculos libidinales y las relaciones del hombre, lo cual es coherente con la finalidad cultural.

Por otro lado, al proponer que el superyó es coercitivo, critica las posturas que lo toman como una instancia meramente simbólica, realizando su propio desarrollo: "...es preciso acentuar...su carácter insensato, ciego de puro imperativo, de simple tiranía" (1954/1982, 161). Para este autor, el

superyó tiene relación con la ley, pero no una ley pacificadora, como el ideal del yo, sino una ley insensata que llega a ser el desconocimiento de la ley misma, "el superyó es, simultáneamente, la ley y su destrucción". (1954/1981, 161)

Para ilustrar lo anterior, toma dos casos; el primero trata del pequeño Roberto, un caso de difícil diagnóstico expuesto por la señora Lefort, en el cual se concluye que está muy cercano a ser una psicosis. Este niño, quien tenía grandes dificultades de adaptación a su medio por sus crisis de agitación y agresividad, sostenía una relación bastante particular con el significante "lobo", puesto que al parecer, era con el único que podía representarse; es ahí, en este significante sin dialéctica, que Lacan reconoce al superyó.

El segundo caso trata de un individuo perteneciente a la religión islámica, quien se encontraba afeitado de ella. Su síntoma consistía en una parálisis de la mano. Al avanzar en las asociaciones, el paciente recuerda que cuando era niño había escuchado que su padre había sido acusado de robo, lo que relacionó con una frase que escuchó por este tiempo: al culpable de robo "se le cortará la mano", en congruencia con la ley coránica. Dice Lacan que el sujeto aisló este enunciado del conjunto de la ley, el cual apareció después en su síntoma. Al respecto, dice que el superyó es un "enunciado discordante", puesto que mediante el proceso de la represión, una parte del mundo simbólico del sujeto quedó escindido, haciendo que lo traumático continúe apareciendo, como una "instancia ciega y repetitiva". (1954/1981, 292)

Así, relaciona Lacan el superyó con lo más devastador, "...a lo más fascinante de las más primitivas experiencias del sujeto. Acaba por

identificarse a lo que llamo la figura feroz, a las figuras que podemos vincular con los traumatismos primitivos..." (1954/1981, 292).

Esto recuerda el planteamiento freudiano de 1924, cuando explica que el superyó tiene su fuente en las primeras identificaciones, pero sólo en sus rasgos más demoledores.

Estas referencias dejan al superyó en un lugar bastante difícil de situar, pues se encuentra como el producto de las identificaciones, pero no cualquiera, sino las más arcaicas y devastadoras; a su vez, destaca su relación con el significante y con la ley, pero una ley insensata y un significante sin dialéctica, lo que permite deducir que más allá del registro imaginario y simbólico, se encuentra en la base de esta instancia lo real, como lo nombra Lacan de una forma muy precisa "el núcleo de la represión" (1954/1981, 277). Frente a esto cabe preguntarse ¿Es la continuación de la paradoja freudiana, en la que se sitúa al superyó tanto como heredero del complejo de Edipo como siendo el abogado del Ello?

2.2 SUPERYÓ Y COMPLEJO DE EDIPO

Ya que Freud ubica el asesinato del padre de la horda primitiva como punto de origen de la conciencia de culpa, además de las repercusiones que tendrá luego esta idea en los planteamientos del complejo de Edipo, se hace necesario tener en cuenta la posición de Lacan al respecto.

En el seminario "La relación de objeto", dice: "Basta con leer Tótem y tabú simplemente con los ojos abiertos, para advertir que si no es lo que yo les digo, o sea un mito, es absolutamente absurdo" (1957/1999, 213), referencia que será recurrente a lo largo de

su obra, llegará incluso a decir que Tótem y tabú es el único mito que ha producido la edad moderna (1960a/2000).

Posteriormente se refiere en un tono despectivo a Tótem y tabú, denominándolo como la "...payasada darwiniana" (1970/1999, 119), puesto que, para Lacan, Freud se empeña en que la muerte de este protopadre ocurrió efectivamente. Con respecto a esta afirmación, es necesario tener en cuenta que Freud en todo el desarrollo del tema duda de que la muerte del padre se haya dado en la realidad material, puesto que los primitivos no la distinguían de la realidad psíquica, por lo que la crítica de Lacan no es del todo precisa.

Sin embargo, la única forma en que Lacan concibe el complejo de Edipo es en su función de metaforizar el peligroso deseo de la madre, es decir, plantea al padre como un operador estructural, el cual en el segundo tiempo del Edipo agencia la castración, posibilitando la instauración del ideal del yo (1970/1999). Dicha forma de comprender el complejo de Edipo no es tardía en la propuesta de Lacan, resaltándola sobre todo en los seminarios 4 y 5.

En el seminario 4, al analizar el caso Juanito, relaciona el complejo de Edipo y el superyó de la siguiente forma:

"El fin del complejo de Edipo es correlativo de la instauración de la ley como reprimida en el inconsciente, pero permanente. Sólo así hay algo que responde en lo simbólico. La ley no es simplemente, en efecto, aquello en lo que está incluida e implicada la comunidad de los hombres... Se basa también en lo real, bajo la forma de ese núcleo que queda tras el complejo de Edipo, núcleo llamado

superyó y como el análisis ha demostrado definitivamente, bajo esta forma real se inscribe lo que hasta ahora los filósofos nos habían mostrado con más o menos ambigüedad como la densidad, el núcleo permanente, de la conciencia moral, encarnada en cada sujeto, como sabemos, bajo las formas más diversas, más descabelladas, más llenas de aspavientos". (1957/1999, 210)

Se observa en esta referencia que lo entiende como un núcleo reprimido que está más allá de lo simbólico, es decir, lo real, sin embargo, es producto del sepultamiento del complejo de Edipo y participa de lo simbólico en tanto es una ley. De igual forma, hay que resaltar cómo, del mismo modo que Freud, lo sitúa en relación directa con la conciencia moral de cada individuo.

Más adelante, propone que desde Freud se han dado algunos avances en cuanto al superyó, puesto que se reconoce su existencia antes del declive del complejo de Edipo, aunque no está seguro de si se trata del mismo superyó, lo que lleva a la pregunta ¿existen dos tipos de superyó en la concepción lacaniana? No obstante, Lacan vuelve a contemplar el superyó en el Edipo, tomando como referencia el modelo de la identificación al objeto perdido, es decir, el duelo y la melancolía, dice: "si incorporamos al padre para ser tan malvados con nosotros mismos, es quizás porque tenemos muchos reproches que hacerle a ese padre" (1960a/2000, 366). Si en la melancolía el reproche hecho hacia el propio yo, es en realidad al objeto perdido por haberse ido, la vigilancia que se introduce con el superyó, es el reproche al padre imaginario por haber agenciado la privación, es decir, haber generado la separación de la madre y su objeto de deseo, puesto que percibir que a la madre

le falta algo, le devuelve al sujeto la percepción de que también él está atravesado por la falta.

2.3 MALESTAR Y SUPERYÓ: HACIA KANT Y SADE

Lacan considera en el seminario 1, que la tesis de Freud en la que sostiene que mientras el sujeto más suprime sus pulsiones y más moral sea, más severo se volverá el superyó, no es universalmente válida, pues según él, Freud se deja llevar por su objeto de estudio, la neurosis, ¿Ocurre de modo distinto en la psicosis y la perversión? Queda la pregunta abierta.

Tampoco está de acuerdo en la forma como Freud relaciona el superyó con el malestar en la cultura, objeción que expresa en los siguientes términos: "Llega incluso a considerar el superyó como uno de esos productos tóxicos que dada su actividad vital, desprenderían otras sustancias tóxicas que pondrían fin, en determinadas condiciones, al ciclo de la reproducción. Esto es exagerar mucho las cosas" (1954/1981, 290). Con respecto a este planteamiento, se encuentra cómo Lacan quiere ponerle un acento hilarante a la construcción del superyó en Freud, sin embargo, una de las perspectivas en que el padre del psicoanálisis trata esta relación, es que el superyó es una de las formas como la cultura intenta regular la agresividad del individuo.

En "Radiofonía y televisión", Lacan expone la relación que hay entre el superyó y el malestar en la cultura desde la propuesta freudiana: "La gula con que denota al superyó es estructural, no efecto de la civilización, sino "malestar" (síntoma) en la civilización" (1973b). Fórmula en la que se puede entender que dicha gula es la agresividad



originaria que Freud vislumbró, agresividad con la cual la cultura siempre ha tenido dificultad para vérselas, es decir, el superyó surge en la oposición entre las pulsiones y la cultura, tensión que genera síntomas en la civilización.

Más allá de su revisión de Freud, Lacan realiza otros aportes. En el seminario "Aún", dirá: "Nadie obliga a nadie a gozar, salvo el superyó. El superyó es imperativo de goce: ¡Goza!" (1973a/1999, 11). Lo que da la entrada a los planteamientos de Kant y Sade, que según Lacan son dos caras de la misma moneda. Así plantea que la ley moral está en contra del placer, puesto que este último, comandado por el principio del placer es una búsqueda incesante del objeto, la cual nunca culmina, ya que el objeto de satisfacción total es irrecuperable por la interdicción del incesto (1960a/2000). Por su parte, como se desarrolla a continuación, la ley moral está del lado del goce.

Para explicar lo que subyace a la ley moral, Lacan toma las experiencias de Kant y Sade. Recuerda que la máxima kantiana corresponde a que la acción particular debe llevarse a cabo pensando en que puede servir de modelo de legislación para todos. En cuanto a Sade, su máxima universal consiste en que hay que gozar de cualquier prójimo como un instrumento de placer. ¿Qué tienen en común dos propuestas en extremos opuestas, la moral y la antimoral?

Según Lacan, la moral de Kant pretende dejar el campo de lo sentimental afuera¹⁰; con este elemento a un lado, en tono un tanto cómico, Lacan dice que sería fácil con-

cebir un mundo regido por la máxima de Sade. Para ilustrarlo, cita a Kant: "En consecuencia, podemos ver a priori que la ley moral como principio de la determinación de la voluntad, perjudica por ello mismo todas nuestras inclinaciones, y debe producir un sentimiento que puede ser llamado dolor. Y es éste el primero, y quizás el único caso, en que éste nos permite determinar, por concepto, a priori, la relación de un conocimiento, que surge así de la razón pura práctica, con el sentimiento de placer o de la pena" (1960a/2000, 99).

Lacan dirá que Kant es de la opinión de Sade, puesto que la experiencia de ambos gira en torno al dolor y no al placer, es decir, ambos son imperativos de goce¹¹, incluso en uno de los ejemplos que Kant propone para enseñar la moral, se debe morir por el imperativo. Con estas dos referencias ilustra Lacan la presencia del superyó en los planteamientos de la moral, el superyó como imperativo de goce, mostrando que aún una de las empresas humanas más elevadas participa de lo más mortífero.

Sin embargo, frente al superyó como imperativo de goce, debe hacerse una salvedad. En "Subversión del sujeto y dialéctica del deseo", Lacan dirá: "En efecto, aún si la ley ordenase: Goza, el sujeto sólo podría contestar con un: Oigo, donde el goce sólo estará sobreentendido" (1960b/2003, 801). Con este juego de palabras, en el cual en francés, ambas -goza (jouis) y oigo (J'ouis)-suenan igual, Lacan deja ver que ante la presencia del imperativo de goce del superyó, el sujeto no puede responder, puesto que el principio del placer le pone límite al goce,

10 En el texto Kant con Sade, dirá que lo que queda afuera es lo pulsional mismo.

11 Lacan también retomará otros tipos imperativos, principalmente el de la ciencia y el discurso capitalista (ver Lacan, J. El reverso del psicoanálisis)

ya que este principio es aliado de la vida y como tal, es un límite lógico que evita la satisfacción total. Es así como en esta tensión, el sujeto no siente culpa por la trasgresión, sino por la falta de goce, es decir, que la culpa aparece porque el sujeto no puede obedecer al superyó, no sobreviene por llevar a cabo un acto, sino por el hecho de no hacerlo.

Con respecto a esta fórmula, Colette Soler (2007) plantea que si bien es precisa, requiere ser completada. Para esta autora, el sujeto puede responder también obedeciendo, con un plus de goce, es decir, con aquello de lo real que queda como producto de la castración; sin embargo, al ser una satisfacción parcial el superyó se redobla por la presencia de la insatisfacción. También puede responder con la repetición, la cual está en entera correspondencia con el goce, lo que sólo generará malestar.

3. CONSIDERACIONES FINALES

Para empezar este apartado, se señalan las diferencias y similitudes en la definición del superyó en ambos autores; se encuentra que para Freud es una instancia que cada vez pide más renunciaciones, mientras que para Lacan empuja al goce. A pesar de lo anterior, Freud lo ubica del lado de la pulsión de muerte; es decir, ambos lo relacionan con la pulsión, la cual se caracteriza por su carácter inagotable y excesivo. Por lo tanto, sus planteamientos no pueden ser leídos de una forma antinómica, ya que para ninguno es una instancia reguladora, sino que busca su propia satisfacción a expensas del yo, lo cual genera el sentimiento de culpa.

Además de esta relación con lo pulsional, los dos autores conectan el superyó con el complejo de Edipo, observándose una dualidad en ambos: El superyó tanto heredero del ello - que corresponde al registro de lo real- como del complejo de Edipo- que atañe a lo simbólico- .

De otro lado, relacionan el superyó con las primeras identificaciones, señalando su carácter agresivo y devastador. Particularmente Lacan ubica al superyó como producto de la identificación con el padre imaginario en el tercer tiempo del complejo de Edipo, lo cual quiere decir que el superyó tiene algo de imaginario, al menos para Lacan.

Hay que resaltar que Lacan supera la confusión de Freud con respecto al ideal del yo y el superyó, atribuyéndole a cada uno su función, el primero pacificador y exaltante, el segundo una ley ciega y coercitiva. A su vez, propone dos interpretaciones de la articulación que hace Freud del superyó con el malestar en la cultura: 1) el superyó como producto tóxico que detiene el ciclo de la reproducción y 2) el superyó como una instancia estructural y no producto de la civilización. Puede verse como ambas lecturas apuntan a dar cuenta del carácter mortífero e incómodo que el individuo representa para la cultura, lo cual se manifiesta en el superyó.

Es de anotar que las formulaciones de Lacan respecto al superyó se encuentran mediadas por las propuestas de Kant y Sade, al manifestar que en el fondo de la experiencia moral se halla el goce. En este punto, es pertinente aclarar que el presente artículo no logra dar cuenta de la totalidad de una te-

mática tan extensa y compleja; sin embargo, puede sugerir algunas búsquedas y dejar abiertas preguntas sobre referencias que no fueron desarrolladas completamente.

Al aludir a los tres registros de Lacan¹², queda abierta la búsqueda sobre su relación con el superyó, sobre todo en el campo de lo imaginario, tema que no fue abordado en el presente texto.

Se encuentra que Lacan plantea en el seminario "La ética" (1960), que en la formulación de Freud la función del superyó está ligada a la regulación del principio de realidad; se recomienda al lector que tenga en cuenta que este planteamiento sólo se sostuvo hasta 1921 y que, a partir de entonces esta función se la atribuye al yo. Por esta vía, un camino de investigación que se abre, es buscar las relaciones entre el superyó y la ética.

Otra de estas referencias se encuentra en "Las formaciones del inconsciente" (1957/1999), seminario en el cual Lacan diagrama un triángulo, en cuyos vértices se encuentran los registros imaginario, simbólico y real. Del lado de lo imaginario ubica al ideal del yo y al niño, de lo real a la madre y la realidad y de lo simbólico al superyó y al padre; queda pendiente saber por qué realiza esa distribución y por qué sitúa al superyó junto al padre, ¿Consideraría en ese momento que ésta es la única instancia que participa del superyó?

En lo concerniente a la dualidad del superyó, se nota que Lacan plantea que el superyó es de un origen precoz, pero que no se trata del mismo superyó del complejo de Edipo ¿Qué superyó es entonces? ¿Es la psicosis, con su falta de lo simbólico, una vía para comprender esta precocidad? De igual forma, en los desarrollos hechos sobre el objeto voz (1963/1999), Lacan plantea que éste ha sido reconocido por sus desechos, el mandato del superyó y las voces del paranoico ¿Qué significa que sea el desecho del objeto voz? Igualmente, se recomienda que para profundizar en las relaciones entre el superyó y el malestar en la cultura en Lacan, se sigan sus desarrollos sobre los discursos, especialmente el discurso capitalista.

Por otro lado, más allá del superyó y el malestar, se reconoce el camino abierto por Freud para que el psicoanálisis se relacione con otras disciplinas; en este caso se tuvo en cuenta la interacción existente con la sociología, la historia de la cultura y la ética, sin agotar todas las posibilidades, ya que puede interactuar con otras.

Para finalizar, se plantean algunos interrogantes: ¿Es posible la existencia de sociedades armónicas, aún sabiendo las dificultades que enfrenta la cultura para lidiar con la pulsión de muerte? ¿Existe la posibilidad, por medio de terapias psicológicas, de llevar al sujeto al equilibrio y la adaptación? ¿Pueden ser exitosos los proyectos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que no tomen en cuenta el malestar en la cultura?

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Diccionario de la Lengua Española (Ed). (2001) (vigésimo segunda edición) España: Real Academia Española.

Freud, Sigmund (1996) Acciones Obsesivas y prácticas religiosas. En J. Strachey (Ed. y Trad.), Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu Editores, (Trabajo original publicado en 1907).

----- (1996) La moral sexual <cultural> y la nerviosidad moderna. En J. Strachey (Ed. y Trad.), Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu Editores, (Trabajo original publicado en 1908).

----- (1996) Tótem y tabú: Algunas concordancias en la vida anímica de los salvajes y de los neuróticos. En J. Strachey (Ed. y Trad.), Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu Editores, (Trabajo original publicado en 1913a).

----- (1996) El interés por el psicoanálisis. En J. Strachey (Ed. y Trad.), Obras completas Buenos Aires: Amorrortu Editores, (Trabajo original publicado en 1913b).

----- (1996) Introducción al narcisismo. En J. Strachey (Ed. y Trad.), obras completas Buenos Aires: Amorrortu Editores, (Trabajo original publicado en 1914).

----- (1996) Psicología de las masas y análisis del yo. En J. Strachey (Ed. y Trad.), Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu Editores. (Trabajo original publicado en 1914).

----- (1996) El yo y el ello. En J. Strachey (Ed. y Trad.), Obras completas Buenos Aires: Amorrortu Editores, (Trabajo original publicado en 1923).

----- (1996) El problema económico del masoquismo. En J. Strachey (Ed. y Trad.), Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu Editores, (Trabajo original publicado en 1924).

----- (1996) El malestar en la cultura. En J. Strachey (Ed. y Trad.), Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu Editores. (Trabajo original publicado en 1939).

----- (1997) Moisés y la religión monoteísta. En J. Strachey (Ed. y Trad.), Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu Editores, (Trabajo original publicado en 1908).

GEREZ, Marta (2003) Imperativos del superyó: testimonios clínicos. Buenos Aires: Lugar Editorial.

LACAN, Jaques (2003). La agresividad en psicoanálisis. Escritos I. Segunda edición, Buenos Aires: Siglo XXI Editores (Trabajo original publicado en 1948).

----- (1981). Seminario I. Los escritos técnicos de Freud. Buenos Aires: Paidós (Trabajo original publicado en 1954)

----- (1999). Seminario IV. La relación de objeto. Buenos Aires: Paidós (Trabajo original publicado en 1957).

----- (1999). Seminario V. Las formaciones del inconsciente. Buenos Aires: Paidós (Trabajo original publicado en 1958).

----- (2000). Seminario VII. La Ética del psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós (Trabajo original publicado en 1960a).

----- (2003). Subversión del sujeto y dialéctica del deseo. En: Escritos 2. Segunda edición, Buenos Aires: Paidós (Trabajo original publicado en 1960b).

----- (1999). Seminario X. La angustia. Buenos Aires: Paidós (Trabajo original publicado en 1963).

----- (1999). Seminario XVI. De un Otro al otro. Buenos Aires: Paidós (Trabajo original publicado en 1969).

----- (1999). Seminario XVII. El reverso del psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós (Trabajo original publicado en 1970).

----- (1999). Seminario XVIII. De un discurso que no sería apariencia. Buenos Aires: Paidós (Trabajo original publicado en 1971).

----- (1999). Seminario XX. Aún. Buenos Aires: Paidós (Trabajo original publicado en 1973a).

----- Radiofonía y televisión. Folio Virtual.

MILLER, Jacques-Alain (1986) La clínica del superyó. En: Recorrido de Lacan. Ocho conferencias. Buenos Aires: Ediciones Manantial.

SARAMAGO, José (2006) Las intermitencias de la muerte. Bogotá: Edición Punto de lectura.

SOLER, Colette (2007) Declinaciones de la angustia. Bogotá: Edición Gloria Gómez Ltda.



ESTRÉS Y AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA

Isabel Cristina Cifuentes López*
Martha Juliana Villegas Moreno**

STRESS AND CONFRONTATION IN BREAST CANCER PATIENTS

SÍNTESIS

Con base en la información obtenida sobre el cáncer de mama, se hace evidente el interés que en los últimos años han despertado los factores psicológicos asociados con el estrés y los estilos de afrontamiento presentes en pacientes diagnosticados con esta enfermedad; por ende, este artículo se centra en las conceptualizaciones de estrés y afrontamiento con relación al cáncer de mama o a la enfermedad crónica, teniendo en cuenta los aspectos cognitivos, conductuales o situacionales que incrementan o disminuyen los niveles de estrés, favoreciendo o perjudicando el afrontamiento que realice el paciente de las diferentes situaciones a las cuales deberá enfrentarse a causa de su enfermedad.

Descriptor:

Estrés, proceso, afrontamiento, enfermedad crónica, cáncer de mama.

ABSTRACT

Based on the information obtained about breast cancer and the interest that psychological factors associated with stress and confrontation styles in patients diagnosed with this disease that has appeared in recent years; this article centers on the conceptualizations of stress and confrontation in relation to breast cancer or, in general, chronic diseases, taking into account the cognitive, behavioral or situational aspects that increase or diminish the levels of stress favoring or harming patients' confrontation with the different situations they will face as a result of their illness.

Descriptors:

Stress, process, confrontation, chronic disease, breast cancer.

* Psicóloga. Universidad Católica Popular del Risaralda. Residente en la Línea de investigación Psicología clínica y de la salud, de julio de 2006 a noviembre de 2007.

** Psicóloga. Máster en Intervención en psicología clínica y salud. Docente Universidad Católica Popular del Risaralda. Líder de la Línea de investigación: Psicología clínica y de la salud.

INTRODUCCIÓN

En Colombia y alrededor del mundo, el cáncer es concebido como una de las primeras causas de muerte no violenta; según la OMS (2000), esta enfermedad requiere gran interés debido al impacto psicológico y económico que acarrea. En Colombia se identifica dentro de los problemas prioritarios, de manera simultánea con las enfermedades infecciosas, enfermedades de transmisión sexual y otras enfermedades crónicas como las cardiovasculares; así mismo, el tumor de mama se ha constituido en la tercera causa de muerte más importante dentro de las mujeres; su tasa de mortalidad es más representativa en Bogotá, Medellín y Cali, seguidas del Atlántico, Santander, Antioquia, Viejo Caldas, Huila, Tolima y Valle (Ministerio de salud, 2000).

Debido a la importancia que ejercen los factores psicológicos frente al desarrollo de una enfermedad, se ha incrementado el interés y la necesidad de conocer sobre dichos aspectos, ya que usualmente en referencia a temas de salud, la conceptualización se asocia exclusivamente con aspectos biológicos, dejando de lado el factor psicológico del sujeto, olvidando que la presencia de una enfermedad en la vida de una persona acarrea situaciones de crisis, disminución en la calidad de vida y un desequilibrio en la cotidianidad del sujeto, factores que pueden generar una situación estresante, que pone al sujeto en la posición de afrontarla de manera que pueda reducir su impacto adaptándose a las circunstancias (Urquidi, Montiel & Gálvez, 1999).

En este contexto es evidente que el estrés se genera como consecuencia de diversos aspectos relacionados con la enfermedad como son su duración, su forma de presen-

tación, su gravedad e intensidad, y además, la evaluación y definición que realiza el sujeto de su situación. Cuando la enfermedad presente es crónica, como el cáncer de mama, sus particularidades estresantes se incrementan, orientadas por el miedo, pérdida de control y por la connotación de mortalidad que conlleva. Por lo tanto, al estipularse la enfermedad como un agente estresante y al producir un desequilibrio en la vida del sujeto, la respuesta más usual es tratar de adaptarse a la situación o tratar de mantener un equilibrio. (Rodríguez, Pastor, López, 1993)

Cuando se padece una enfermedad se originan dos consecuencias importantes para el sujeto: la amenaza y la experiencia de pérdida. La primera de ellas puede relacionarse con las derivaciones más inmediatas como el dolor, la inmovilización, mientras que la segunda hace referencia a las diferentes pérdidas: la pérdida de control sobre determinadas situaciones de la vida diaria, el hecho de padecer cambios a nivel fisiológico (conocido como un estresar físico), cambios a nivel afectivo y/o cognitivo (como un estresor psicológico) y los cambios en la interacción con el mundo, afectada por las secuelas de la enfermedad (como un estresor social). Por lo tanto, una enfermedad ejerce una presión estresante en el sujeto en donde la respuesta más viable es adaptarse para tratar de mantener un equilibrio. (Triviño & Sanhueza, 2005)

Sin embargo, es necesario tener en cuenta que cuando se habla de una enfermedad crónica como el cáncer, sus consecuencias llevan inmersas un agente estresante más potente, ya que a diferencia de otro tipo de enfermedades, las enfermedades crónicas usualmente aparecen de forma lenta y su duración es larga e indefinida, y requieren del sujeto una modificación de su compor-

tamiento, en cuanto a que él es el principal responsable de su evolución. Así mismo, la enfermedad crónica es vista como un fenómeno social, en el cual las respuestas tanto cognitivas como conductuales dependerán en gran medida del entorno social en el que se encuentra el sujeto, demandando de éste una adaptación y modificación de su estilo de vida durante un periodo indeterminado, en el que la enfermedad puede permanecer estable o, por el contrario, llevar a un deterioro y disminución de la salud progresivamente hasta la muerte.

En la aparición o el incremento de los niveles de estrés operan como factores determinantes las características particulares de la enfermedad, como la duración, el curso, la gravedad, y también las características personales, como las creencias, la manera de controlarse, el aprendizaje previo, las habilidades, y el contexto en el que se encuentra el sujeto con los recursos materiales y sociales disponibles. Todos estos aspectos pueden influir en la enfermedad de manera positiva o negativa, mejorando o empeorando la situación, facilitando, o por el contrario, disminuyendo la adaptación del sujeto.

1. EL CÁNCER: UNA APROXIMACIÓN A LA NATURALEZA E IMPLICACIONES DE ESTA ENFERMEDAD

El cáncer es conocido como una proliferación incontrolada y anormal de células, dentro del órgano afectado, en las regiones cercanas, o en otras partes del cuerpo humano (Reynoso & Seligson, 2005). El cáncer de mama también consiste en ese crecimiento anormal de las células, específicamente en este tejido, llamado mama, que se encuentra conformado por las glándulas mamarias,

encargadas de producir leche, denominadas lóbulos y lobulillos; los lóbulos se hallan conectados por conductos mamarios, y estos dos se encuentran inmersos en el tejido adiposo y en el tejido conjuntivo, que en conjunto con el tejido linfático, constituyen lo que se llama seno (Liga contra el cáncer, 2005).

Esta enfermedad es distinguida como una de las más degenerativas, tanto a nivel interno como externo, por lo tanto es necesario que la persona que la padezca aprenda a vivir con ella y pueda resolver diversas situaciones, lo que exige el desarrollo de estrategias de afrontamiento que ayuden a aliviar la enfermedad. Es necesario tener en cuenta que el cáncer no es sólo un enfermedad biológica, sino que también incluye características particulares del sujeto.

El cuerpo humano posee un sistema inmunológico encargado de protegerlo de microorganismos causantes de enfermedades, este sistema posee un funcionamiento muy complejo y no se conocen totalmente los factores que pueden intervenir en él. Sin embargo, lo que sí se conoce es que en él influyen factores como la edad, la temperatura, y especialmente el estrés. Además, se han encontrado diversos factores sociales que actúan como actores estresores, que pueden perjudicar el funcionamiento del sistema inmunológico de manera determinante, entre los que podrían inscribirse el cáncer de mama, la pérdida de un ser querido o las presiones educativas; por consiguiente, cuando se presenta una enfermedad, estos estresores no son los que la originan, pero sí pueden incrementarla; de acuerdo con lo anterior es importante la percepción personal frente al valor y al significado de un acontecimiento, ya que de ello dependerá si las repercusiones son negativas o positivas para el bienestar, tanto físico como psicológico de la persona. (Reeve, 1994)

Por consiguiente, un diagnóstico de cáncer por sí sólo ya acarrea un impacto en el sujeto, porque el cáncer es una enfermedad que se encuentra relacionada con dolor, problemas económicos, hospitalización, deformación, incapacidad, pérdida del atractivo, disfunción sexual, o la simple posibilidad de morir debido a las consecuencias de ésta (Die Trill & Ferrero 1987, 1993, citados en Palmero & Fernández-Abascal, 1998).

Así mismo, el diagnóstico de cáncer se encuentra ligado a términos como vulnerabilidad, desconocimiento e indefensión, por lo que es probable que el simple hecho de recibirlo se constituya en un evento estresante para el sujeto. Adicionalmente, se puede decir que también influyen como actores estresores las respuestas psicológicas como consecuencia de los síntomas de la enfermedad, el tratamiento y el valor que tanto el paciente como la familia le atribuyen a la enfermedad. (Cano, 2005). De acuerdo con lo anterior, se puede plantear el siguiente interrogante ¿Influirá la evaluación cognitiva del sujeto en el proceso de estrés y de afrontamiento en una enfermedad como el cáncer de mama?

2. CONCEPTUALIZACIONES SOBRE EL ESTRÉS Y SU RELACIÓN CON EL CÁNCER

A lo largo de la conceptualización del término estrés, diversos autores señalan que definir este concepto es una tarea compleja, debido a que existen percepciones individuales que difieren entre sí, y además este concepto se encuentra asociado con un agregado de experiencias y cambios tan amplios y diversos que pueden intervenir en su cuantificación e identificación, por lo tanto este término ha sido definido de diversas maneras.

Al considerar el estrés como un estímulo, Thomas Holmes (1979) dice que éste es un acontecimiento o situación estímulo que exige una respuesta de adaptación de parte del individuo. Según esta definición, es percibido como alguna circunstancia que de manera sorprendente o inusual demanda del individuo una modificación en su rutina de vida; la idea principal cuando el estrés es asumido como un estímulo, es que el individuo asuma comportamientos que le permitan ajustarse a la situación y afrontarla, ya que su bienestar se encuentra amenazado por las eventualidades ambientales, por ende, si la persona no logra un ajuste a estos eventos se producirá el estrés. (Reeve, 1994)

De otro lado, se ha planteado el estrés como una respuesta fisiológica, en donde se tiene en cuenta que existe una relación directa unicausal estímulo-respuesta; los autores más representativos de este modelo son Hans Selye (1976) y Walter Cannon (1932). El primero de ellos definió este término como un conjunto de reacciones fisiológicas que se presentan por la presencia de un estímulo nocivo, por lo tanto el estrés no es considerado como esa demanda ambiental, sino como las reacciones orgánicas y los procesos que se suscitan como respuesta a la demanda o al estímulo. Entre estos dos autores se definió este término como la reacción del individuo ante los eventos del entorno y a los estímulos nocivos; de ahí que la reacción o respuesta de estrés involucra tanto cambios fisiológicos, como reacciones conductuales y motoras (temblor en las manos, alteración en el habla), disfunciones cognitivas (fallos en la memoria), y reacciones emocionales (ansiedad).

De las conceptualizaciones de estrés anteriormente mencionadas, surge otra que define al estrés no como un acontecimiento o situación estímulo, ni como un resultado fi-



siológico, sino como un proceso, planteada por los autores Lazarus y Folkman (1986), aborde sobre el que se apoyará este escrito.

Este modelo manifiesta que el estrés no puede ser definido como un estímulo porque todas las personas tienen diferentes formas de reaccionar ante un evento o situación estresante, por lo que una situación que es estresante para un individuo puede no serlo para otro, pues dos sujetos pueden enfrentarse a la misma situación estresante, pero asimilarse de forma distinta, debido a que intervienen las características individuales de cada uno, en cuanto a percepciones, estilos de aprendizaje, y el juicio que emitan de la situación. Por otro lado, en cuanto a la respuesta fisiológica, ellos consideran que existen diversos sucesos vitales, como la actividad física, que ocasionan aumentos de la actividad del organismo fisiológico, pero cuya diferencia radica en que el ejercicio no es asumido como algo estresante, pues la persona que lo realiza ejercicio puede sentirse tanto activa o revitalizada, como estresada, por consiguiente, para estos autores los aspectos más importantes no son las situaciones estímulo o las respuestas fisiológicas, sino aquellos aspectos relacionados con la actividad mental del sujeto, la cual media en la exhibición a un estresor y la respuesta o reacción que emite el sujeto frente a él. (Lazarus & Folkman, 1986)

Con base en esta conceptualización, el estrés se define como "*una relación particular entre el individuo y su entorno, evaluado por éste como agravando o desbordando sus recursos y que pone en peligro su bienestar*" (Triviño & Sanhueza, 2005, 23); es decir, que la respuesta que el sujeto emita no depende sólo del estímulo, sino de la percepción que tenga de la situación, de acuerdo con un aprendizaje previo y unas características personales.

Por ende, el estrés no sólo puede influir en el origen de la enfermedad, sino que también mejorar o empeorar el desenlace del cáncer. Dentro de los mecanismos que relacionan al cáncer u otra enfermedad con el estrés, se encuentran las consecuencias psicofisiológicas, los comportamientos que afectan la salud y la reacción del sujeto frente a la enfermedad; en el primero de ellos, el estrés logra alterar el funcionamiento del sistema nervioso y endocrino, de modo que esos cambios fisiológicos y/o bioquímicos y éstos generan la aparición de una enfermedad como el cáncer; sin embargo, todo depende de la intensidad del estrés, por ejemplo en un grado moderado posibilitar una respuesta adaptativa, pero si es muy intenso producir daños en el organismo.

En cuanto a los comportamientos, es evidente cómo determinados hábitos y estilos de vida influyen en la enfermedad, como en el caso del cáncer, el hábito de fumar, de consumir bebidas alcohólicas, exponerse al sol sin ninguna protección, los estilos de alimentación inadecuados. Por último, entre las reacciones ligadas a las respuestas de afrontamiento, se encuentran: buscar información sobre la enfermedad, tomar medidas específicas para afrontar la situación, inhibición de la acción, esfuerzos intrapsíquicos (negación, evitación o intelectualización del estresor), recurrir a los otros en busca de ayuda y apoyo emocional, todos orientados a la regulación emocional. (Barra, 2003)

Uno de los aspectos más relevantes del estrés, es el cambio que origina, puesto que la mayoría de los eventos estresantes transitan por un proceso que se divide en tres fases: la fase de anticipación, de espera y de resultado; la primera de ellas consiste en la preparación que posee el individuo para enfrentarse al estresor, en qué tipo de estresor será y qué consecuencias le traerá;

luego, cuando la persona se enfrenta al estresor, realiza esfuerzos para afrontar la situación, conocida ésta como la fase de espera, y la fase de resultado incluye la exhibición y las reacciones del sujeto para llegar a la resolución del problema, ya sea de manera exitosa o que se fracase por el tipo de respuesta de afrontamiento que se utilizó. En este proceso se tienen en cuenta dos nociones principales, una es la evaluación cognitiva y la otra consiste en las respuestas de afrontamiento, las cuales serán abordadas en el siguiente apartado. (Reeve, 1994)

3. EVALUACIÓN COGNITIVA Y RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO

La evaluación cognitiva *"es un proceso evaluativo en el que se establece tanto la repercusión que tiene un evento para el sujeto como las posibles formas de actuación ante el mismo"* (Soriano, 2002,76). En ésta se realiza una evaluación de la situación que le exige al individuo una actividad mental, en donde juegan un papel importante procesos como el juicio, la discriminación y la elección, aspectos influenciados por la experiencia del sujeto; este proceso es el que determina los resultados que la situación ocasionará en el sujeto, ya que dependiendo de la evaluación o análisis que realice de dicha situación, emitirá unas respuestas emocionales y conductuales que le permitirán afrontarla (Reynoso & Seligson, 2005).

Además, dentro de esta evaluación cognitiva influyen aspectos personales y situacionales, entre los primeros se encuentran los compromisos y las creencias, conocidas como esas *"configuraciones cognitivas formadas individualmente o compartidas culturalmente... que determinan la realidad de cómo son las cosas en el entorno,*

y modelan el entendimiento de su significado" (Triviño & Sanhueza, 2005, 23). Entre ellas se encuentran las creencias sobre el control personal, consideradas como el nivel en que el sujeto asume que logrará controlar determinada situación estresante, como la enfermedad o sus consecuencias; sin embargo, en ocasiones el sujeto puede evitar enfrentarse a estas situaciones, pues considera que no posee las habilidades para hacerlo, lo que lo lleva a elegir creencias y actividades para contrarrestar dicha situación amenazante.

Cuando la expectativa de éxito se acrecienta y el individuo posee los recursos adecuados para afrontar la situación, se establece un vínculo más controlado y, por ende, disminuye la amenaza de la situación, facilitando comportamientos de afrontamiento, tanto internos como externos; estos actos se evidencian en un paciente con cáncer, que se enfrenta a la incapacidad, al dolor y el malestar general que causan tanto la enfermedad como los tratamientos. En este caso, el control puede aumentar o reducir la amenaza, lo cual depende del sujeto, de sus creencias y de si se somete o no a la situación. Otros comportamientos son: entablar una relación beneficiosa con el personal del hospital, enfrentarse al entorno hospitalario, a los tratamientos y a los procedimientos específicos de la enfermedad y ejercer un control sobre sus sentimientos, expresándolo en un buen estado de ánimo y en deseos de vivir (Lazarus y Folkman, 1986).

Otro tipo de creencias son las existenciales, sustentos que pueden ayudar a los pacientes con cáncer a conservar la esperanza y a encontrar un nuevo significado a su vida, contra sus rutinas dolorosas por la enfermedad. En éstas encontramos creencias en Dios, u otro ente natural, y frases como "mi Dios lo quiso así", "Dios sabe por qué hace

sus cosas", "si mi Dios quiere"; también hay creencias específicas, como por ejemplo en un doctor, en una medicina en particular, o en determinado grupo de apoyo.

Por su parte, los compromisos se conocen como aquello importante para el sujeto que influye sobre sus decisiones; o como las elecciones que realiza el individuo para alcanzar determinado objetivo o mantener una idea, dependen de la relación e interacción del sujeto con el entorno, y además determinan lo que se encuentra en juego frente a una situación estresante; debido a lo anterior, un compromiso se puede reflejar en el caso de un sujeto con cáncer, en la medida en que la enfermedad representa no sólo una amenaza a su vida, sino también un motivo para impedir situaciones aversivas, como un trabajo de gran estrés, o por el contrario, el impulso a buscar la ayuda y la atención de otros; y también se logra reflejar en el deseo del sujeto de seguir viviendo, ya que es de gran utilidad para su supervivencia, que pueden estar determinados por la familia o por el propio sujeto, evidenciándose esto en la intención del paciente de asumir cierto tratamiento o hábitos como una dieta estricta y el esfuerzo de afrontamiento.

En los factores situacionales que intervienen en la evaluación cognitiva se debe considerar lo novedoso de la situación, la predictibilidad, la incertidumbre del acontecimiento, los factores temporales, la ambigüedad, y la cronología de los acontecimientos estresantes. (Lazarus & Folkman, 1986).

En lo novedoso de la situación, un sujeto se enfrenta a una situación nueva para él, es decir, de la que no posee una experiencia; si el sujeto se enfrenta a ella y no obtuvo información que la relacione con daño, esto no le provocará ninguna amenaza (Lazarus &

Folkman, 1986). Un paciente diagnosticado con cáncer anteriormente no había experimentado esa situación, pero por la sociedad sí tenía información de las consecuencias de dicha enfermedad, lo que puede provocar que lo conciba como algo amenazante para su bienestar. Por su parte, la predictibilidad se relaciona con la idea de que existen aspectos de determinada situación con una enfermedad que pueden ser discernidos, aprendidos o descubiertos. La incertidumbre frente a la situación se encuentra relacionada con el término probabilidad, como por ejemplo, puede decirse a un paciente con cáncer que existe la probabilidad de que su tumor después del tratamiento vuelva a reproducirse.

Dentro de los factores temporales se encuentra la inminencia, que consiste en el periodo de tiempo que se da antes de que ocurra determinada situación; en éste se podría incluir un diagnóstico de cáncer de mama, ya que mientras que se espera el resultado puede hacerse una evaluación de daño o ganancia; otra es la duración, que se relaciona con el tiempo durante el que se da la situación, éste en el cáncer es un periodo de larga duración, determinado por los procesos de afrontamiento, de reevaluación, y por los cambios que se presenten en el entorno; y por último, la incertidumbre temporal, que consiste en ese desconocimiento de cuándo se presentará determinado acontecimiento.

Los últimos factores situacionales son la ambigüedad, referida a la información poco clara y confusa que tiene el sujeto para realizar la evaluación, pues es común que un paciente con cáncer de mama no sepa concretamente qué va a ocurrir, cuándo y cuánto tiempo durará la enfermedad; por último, la cronología de los acontecimientos estresantes con relación al ciclo vital, se vin-

cula con el hecho de que un suceso estresante no se da de manera aislada sino dentro de un contexto, relacionado con sucesos de la vida diaria del sujeto, como en el caso del cáncer, con los factores de riesgo como los antecedentes familiares, personales, hábitos como el consumo de bebidas, entre otros. (Lazarus & Folkman, 1986)

Dentro de la evaluación cognitiva se dan dos procesos que no son diferentes, y se da el caso de que uno influya sobre el otro, conocidos como valoración primaria y valoración secundaria. En la valoración primaria el sujeto realiza una evaluación cognitiva de la situación, en cuanto a si su bienestar puede verse afectado, dentro de este tipo de evaluación se encuentran aspectos como el bienestar físico del sujeto o de un ser amado, la autoestima, el estado económico, y la proyección a nivel laboral.

Además, la situación estímulo debe ser evaluada en tanto si es algo irrelevante, benigno-positiva y estresante para el sujeto; cuando se da una interacción entre el sujeto y el entorno y no se presentan consecuencias para el primero, se habla de un estímulo irrelevante; las evaluaciones benigno-positivas se dan cuando las consecuencias que acarrea para el sujeto son positivas y no ocasionan ningún perjuicio, sino que lo benefician.

Las evaluaciones estresantes, "*pueden tomar tres formas: de daño /pérdida, de amenaza o desafío. El daño/pérdida se refiere al perjuicio que el individuo ha sufrido ya, la amenaza se refiere a la anticipación de daños o pérdida y el desafío hace referencia a aquellos acontecimientos que significan la posibilidad de aprender o de ganar*" (Lazarus & Folkman, 1986, 78). Es decir, éstas son las que, al contrario de las anteriores, sí ocasionan un daño, una

amenaza y un desafío, en tanto que éste recibe consecuencias negativas para su bienestar, como alguna enfermedad; mientras que la amenaza se caracteriza por daños o perjuicios que todavía no han provocado algo en el sujeto, pero que pueden llegar a presentarse; en esta evaluación se presentan emociones negativas como el miedo, el mal humor y la ansiedad; el desafío se diferencia, ya que en él existe una valoración de los mecanismos necesarios para imponerse ante la situación, en éste se pueden presentar emociones positivas como el regocijo y la impaciencia.

La valoración secundaria continúa a la primaria, abarca la reflexión que hace el sujeto sobre si posee o no las herramientas para adaptarse y/o afrontar y dominar la situación; este tipo de evaluación no es sólo una valoración intelectual, en donde se identifican los recursos necesarios para la situación, sino que también se evalúan las alternativas de afrontamiento con las que cuenta el sujeto.

Por lo tanto, las cogniciones disfuncionales o desadaptativas influyen en el mantenimiento y progresión de la enfermedad crónica, ya que la parte física o biológica podría originar la enfermedad, pero la percepción y evaluación de la sintomatología contribuyen a generar una visión disfuncional, produciendo en el sujeto incapacidad para afrontar la situación.

En esta línea de ideas, el estrés como proceso queda ilustrado de la siguiente manera: el estrés inicia cuando el sujeto emite una percepción de un acontecimiento o situación estímulo que se puede presentar de distintas maneras, ya sea en una molestia diaria (perder un objeto), un acontecimiento vital (divorcio), una circunstancia de vida cró-



nica (la pobreza) o una alegría diaria; luego realiza una evaluación primaria del valor o apreciación personal sobre el acontecimiento, en donde se puede evaluar como un acontecimiento o situación estímulo que afecta o no su bienestar físico o psicológico; en caso de que sea algo que lo afecta se percibe como un reto o una amenaza, que ocasiona una respuesta orgánica como respuesta al estímulo, y a su vez da paso a la evaluación secundaria en donde la persona realiza una valoración de si posee o no las estrategias o los recursos adecuados para afrontar la amenaza o el reto. Este tipo de evaluación secundaria da paso a una serie de respuestas de afrontamiento, de modo que si estas son efectivas se puede tener un control del estresor, pero en caso tal de que no lo sean, continúa la respuesta orgánica hasta que se logre controlar el estresor, o se continúa con las respuestas de afrontamiento hasta que sean eficaces o el sistema nervioso fracase por debilitamiento.

Las molestias diarias son vistas como esas exigencias angustiantes o irritantes, que inquietan frecuentemente; dentro de estas molestias se encuentran el perder un objeto, las ocupaciones hogareñas y las inquietudes debido al aspecto físico; mientras que las alegrías diarias tienen gran valor porque permiten contrarrestar los efectos de las molestias diarias. Así mismo, aparte de los acontecimientos vitales y las molestias diarias, otro aspecto importante son las circunstancias crónicas, que pueden ser grandes ocasionadoras de estrés. Éstas consisten en las situaciones perseverantes y nocivas mantenidas durante un largo periodo de tiempo, como un nivel económico bajo, el mal estado de una vivienda, un mal trabajo, o una enfermedad como el cáncer de mama, entre otros. Dichas circunstancias demandan del individuo una respuesta de afrontamiento que

le permita contrarrestar estos estresores potenciales. (Reeve, 1994)

En el caso de una enfermedad como el cáncer de mama, el proceso de estrés se da en el momento en que el sujeto tiene la posibilidad de padecer esta enfermedad o cuando ya es un hecho. Estas circunstancias llevan a que el sujeto perciba la necesidad de lograr una modificación en su estilo de vida, o más específicamente, una amenaza de cambio, en cuanto a sus logros e inquietudes, en donde la valoración que el sujeto realice sobre el cambio en su vida, incluye el significado que le confiera a la enfermedad, como de daño, pérdida, o de desafío (valoración primaria), y aparte de esto, el sujeto evaluará las opciones para afrontar la enfermedad, (valoración secundaria). (Reeve, 1994)

Cuando existen alteraciones en los anteriores niveles, también existen respuestas de afrontamiento, que consisten en "*aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo*" (Lazarus & Folkman, 1986, 164). El marcado interés por temas como el afrontamiento se viene consolidando debido a la importancia que poseen las actitudes de una persona frente a un determinado problema, circunstancia o una enfermedad.

De acuerdo con lo anterior, se tendrá en cuenta que este término al igual que el de estrés, es considerado como un proceso, en donde son de gran importancia las valoraciones o impresiones del sujeto frente a determinada circunstancia, ya que se necesita de sus esfuerzos para manejar una situación como la de padecer cáncer de mama; ade-

más, se consideran las características particulares a diferencia de los rasgos universales que un sujeto asume frente a determinadas situaciones, debido a que sus actos, sus valoraciones, son tenidas en cuenta dentro de un contexto específico, en el que existen condiciones y situaciones particulares, puesto que para poder comprender el afrontamiento que el sujeto realiza es necesario conocer qué es lo que él afronta. (Soriano, 2002)

Al mismo tiempo, la palabra proceso tiene que ver también con un cambio que se da en el sujeto a medida que él afronta la situación, pues dependiendo de eso se delimitará el tipo de estrategia utilizada; por ende, a medida que el paciente afronte la situación se pueden presentar cambios en la interacción individuo-entorno, lo que dará paso a reevaluaciones por parte del sujeto frente a la situación, aspecto que le permitirá proveer mejores recursos para su afrontamiento. (Soriano, 2002)

El afrontamiento en cuanto al cáncer de mama, *"se refiere a las respuestas cognitivas y conductuales de los pacientes ante el cáncer, comprendiendo la valoración (significado del cáncer para el sujeto) y las reacciones subsiguientes (lo que el individuo piensa y hace para reducir la amenaza que supone el cáncer)"* (Soriano, 2002, 75). También se asocia a las demandas específicas (o estresores) de situaciones a raíz del cáncer (como por ejemplo el impacto psicológico inicial del diagnóstico o los efectos colaterales de la quimioterapia o radioterapia o la prolongada duración de la rehabilitación).

Los recursos que el individuo considera en la valoración de la situación son vistos como los recursos de afrontamiento; mientras que la utilización de éstos para tratar de mantener un equilibrio son las respuestas de afron-

tamiento. Los recursos pueden ser físicos (entorno físico y las condiciones biológicas), sociales (interacción del sujeto, los recursos sociales disponibles para el sujeto), psicológicos (estados emocionales y cognitivos) y culturales (creencias, normas, valores, brindados por el contexto cultural del sujeto); mientras que las respuestas de afrontamiento pueden ser una respuesta de evitación o una respuesta de aproximación. (Rodríguez, Esteve & López, 2000)

Usualmente se identifican dos tipos de estrategias de afrontamiento, una se orienta por la evaluación inicial que realiza el sujeto para identificar cuál es el origen del problema. A partir de ella podrá desplegar e implementar la estrategia que le permita contrarrestar el estresor potencial (afrontamiento centrado en el problema); y los que se inclinan hacia la anulación de las consecuencias negativas que acarrea el estrés. El sujeto realiza el intento de deformar las condiciones del estresor para evaluarlo de manera que se perciba como un acontecimiento no amenazador o perjudicial para su bienestar (afrontamiento centrado en la emoción). (Barra, 2003)

Las respuestas de afrontamiento son los recursos de los que dispone el sujeto para afrontar; además, es necesario que éste posea la habilidad para utilizarlos de manera adecuada frente a las diversas situaciones que se le presentan, de manera que son herramientas que se derivan del propio sujeto. Dentro de los recursos de afrontamiento más comunes se encuentran la salud y la energía, que consiste en la condición en que se encuentre la persona, ya que si está enferma, cansada o débil, posee menos recursos o energía que contribuyan al proceso de afrontamiento; esto no quiere decir que una persona con esas características no pueda afron-

tar, sino que su reacción dependerá de qué tan importante es para la persona el afrontamiento. Otros recursos son las creencias positivas, que implican todos los pensamientos o ideas positivas que se tengan frente a una situación estresante, como lo puede ser la esperanza, las creencias, entre otros.

También están las técnicas de resolución de problemas, que consisten en la búsqueda y el establecimiento de información necesaria para solucionar un problema, y encontrar diversas alternativas, de manera que lo planteado se pueda constituir en un plan de acción y se ejecute por el sujeto; así mismo están las habilidades sociales, referidas a esa habilidad del sujeto para comunicarse y relacionarse con los demás de una manera efectiva. El apoyo social es además algo que posibilita, en el caso de cáncer de mama, una adaptación a la enfermedad y a los cambios en la vida del sujeto; este apoyo brindado a un paciente con cáncer se puede reflejar mediante un clima de confianza entre paciente/especialista, brindarle ánimo, que exprese sus sentimientos y preocupaciones y escuche vivencias de otras personas que han pasado por su misma situación y por último el mantenimiento de las relaciones interpersonales y los recursos materiales como el dinero y los bienes materiales. (Triviño & Sanhueza; Barra, 2003)

4. CONCLUSIÓN

Como conclusión se puede decir que las variables psicosociales o la visión de una persona influyen en el desarrollo de una enfermedad como el cáncer, y más específicamente el cáncer de mama; dentro de las variables se encuentran las estrategias de afrontamiento que resultan de gran importancia a la hora de comprender cómo un sujeto con cáncer de mama modifica su

vida tanto a nivel social, familiar, laboral, personal, entre otros. Por lo tanto, la idea de la que partió el artículo es la de que el hecho de padecer cáncer de mama o una enfermedad crónica, representa para el sujeto una situación potencial de estrés, aunque es de aclarar que el sufrir cáncer no es un evento estresante general, pero sí representa una de las enfermedades con mayor repercusiones a nivel psicológico. Esta situación puede ser evaluada por el sujeto como algo que implica una pérdida o amenaza, y cuando éste emita una estrategia de afrontamiento ante un evento estresante, que puede ser positiva o no, todo estribará en la efectividad en cuanto la resolución del problema, ya sea modificando el ambiente, las percepciones o cogniciones, o las respuestas emocionales. Independiente de esta situación acarreará en el sujeto con cáncer de mama cambios en su rutina de vida diaria. Por consiguiente, *"El diagnóstico de una neoplasia genera en el individuo una serie de reacciones psicológicas que son consecuencia de la sintomatología propia de la enfermedad, del tratamiento, así como del significado que ambos factores tienen para el paciente, la familia y la sociedad... no es de extrañar que el mismo diagnóstico, una vez recibido, se constituya en un estresor severo asociado a la idea de recaída y de muerte"*. (Palmero & Fernández-Abascal, 1998, 144)

De acuerdo con lo anterior, se puede decir que dentro del cáncer de mama el estrés puede influir en su desenlace, sin embargo, eso dependerá de la evaluación del sujeto frente a la enfermedad, ya que en este padecimiento pueden existir diversos factores que también pueden incrementar el estrés, uno de ellos es el diagnóstico; cuando se diagnostica a una persona con cáncer, ésta puede experimentar tensión y otras reaccio-

nes emocionales, considerándose al diagnóstico como un estresor potencial, que afecta tanto al individuo como a su ambiente familiar y social; además de este estresor también se encuentran los tratamientos invasivos y aversivos como la cirugía (extraer el cáncer por medio de operación), la radioterapia (usar rayos x para eliminar células cancerígenas) y la quimioterapia (usar fármacos para eliminar células cancerígenas). (Liga contra el cáncer, 2005), y adicional a esto la escogencia del tratamiento más adecuado para el caso específico.

En el caso de la enfermedad del cáncer también pueden generar estrés los efectos secundarios del tratamiento, como comprometer algún órgano o tejido, la caída del cabello, las náuseas, entre otros. Además actúan como potentes estresantes la frustración personal, laboral, los conflictos familiares por la enfermedad, cambios en la relación de pareja, en la sexualidad, y el cambio del aspecto físico por la extirpación del seno o por los diversos tratamientos ocasionados por la enfermedad; el sentimiento de incertidumbre frente a qué pasará con la enfermedad, cuánto tiempo durará; influyen la modifica-

ción de los estilos de vida en cuanto a que la persona no puede consumir cigarrillo, bebidas alcohólicas, debe tener una dieta rica en nutrientes, estar pendiente del tratamiento, de los medicamentos; por último, también generan estrés en el sujeto las creencias y las concepciones que se tienen de la enfermedad, concebida como una de las más crónico-degenerativas a nivel interno como externo.

Este suceso estresante no genera el mismo impacto en todos los pacientes, lo que sí es común entre ellos es que influye la valoración que realicen del evento. *"El cáncer es percibido como una enfermedad dolorosa, insidiosa y mutilante que se asocia a dolor, hospitalización, deformidad, deudas, incapacidad para cuidar de uno mismo o de la familia, suciedad, pérdida de atractivo y/o disfunción sexual, incapacidad para mantener el empleo y la posibilidad de la muerte, entre otras muchas menciones. Todo ello justifica y provoca que su diagnóstico esté generalmente asociado con vulnerabilidad, indefensión y desconocimiento"*. (Palmero & Fernández-Abascal, 1998, 144).



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Anarte, M; Ramírez, C; López, A. & Esteve, R (2001). Evaluación de estrategias de afrontamiento, nivel de funcionamiento y edad en personas con dolor oncológico y benigno. En: Revista de la Sociedad Española contra el Dolor. Volumen 8: 102-110.

Barra, E. Psicología de la salud. (2003). Buenos aires: Editorial Mediterráneo.

Barroilhet, S; Forja, M.J. & Garrido, E. (2005). Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. Actas Españolas de Psiquiatría. Volumen 33 (6): 390-397.

Cano, A (2005). Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer. Psicooncología. Vol. 2, nº 1, 71-80. Facultad de Psicología Universidad Complutense de Madrid. Recuperado el 27 de octubre, 2007, de www.seom.org.

Carvalho, A.; Mesquita, E.; De Almeida, I. & De Figueiredo, Z. (2005). Aspectos culturales en el proceso de padecer cáncer de mama. En: Avances en enfermería; Volumen XXIII, Nº 2 Julio-Diciembre

Lazarus, R & Folkman, S. (1986). Estrés y Procesos Cognitivos. España: Editorial Martínez Roca.

Lazarus, R. (2000). Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud. España: Editorial Desclée De Brouwer.

Liga contra el cáncer. (2005) Documentos educativos. Recuperado el 27 de octubre 2007 de www.ligacancercolombia.

Ministerio de Salud, (2000). Informe ejecutivo semanal. Grupo de vigilancia en salud pública. Semana epidemiológica Nº 25. Junio 18 al 24 de 2000.

Palmero, F & Fernández-Abascal, E. (2000). Emociones y adaptación. Barcelona: Ariel psicología, 1998.

Reeve, J. (1994). Motivación y Emoción. Madrid: Editorial McGraw-Hill.

Rodríguez, J. Pastor, M^a; López, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. Departamento de Psicología de la Salud, Facultad de Medicina, Universidad de Alicante. Psicothema, Vol. 5, suplemento, 349-372.

Rodríguez, M^a; Esteve, M^a & López, A. (2005). Represión emocional y estrategias de afrontamiento en dolor crónico oncológico. Universidad de Málaga. Recuperado de psicothema. Vol. 12 nº 3, 339-345.

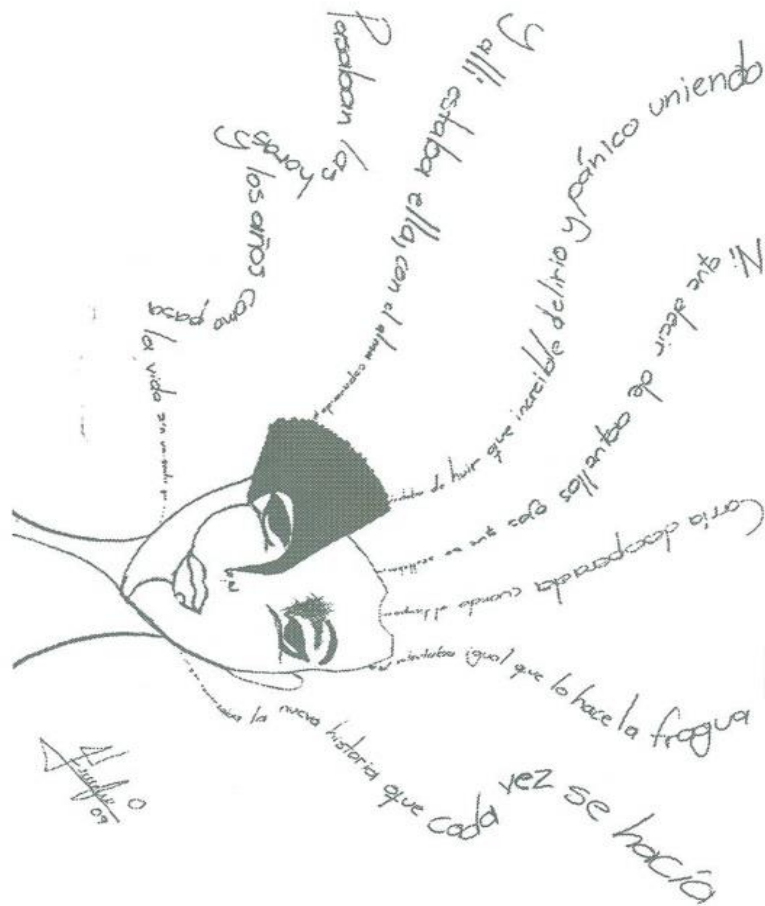
Reynoso, L. & Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud. Un enfoque conductual*. México: Editorial Manual Moderno.

Soriano, J. (2002). Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en psicooncología. *Boletín de psicología*, N° 75, julio 2002, 73-85.

Soucase, B.; Monsalve, V.; Soriano, J.F.; De Andre, J. (2004). Estrategias de afrontamiento ante el dolor y calidad de vida en pacientes diagnosticados de fibromialgia. *Rev. Soc. esp. Dolor*. 11:353-359.

Triviño, Z. & Sanhueza, O. (2005). Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y enfermería. *Revista Aquichan*. Año 5- Vol. 5 N° 1. 20-31.

Urquidi, L.; Montiel, M. & Gálvez, M. (1999). Ajuste psicosocial y afrontamiento en pacientes con cáncer de mama. Departamento de psicología y ciencias de la comunicación, universidad de sonora. *Revista Sonorense de Psicología*. Vol. 13, N° 1, 30-36. Recuperado de www.psicom.uson.mx.



INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA LA DEPRESIÓN DESDE LA TERAPIA COGNITIVA BASADA EN LOS FUNDAMENTOS DE BECK

*Paula Andrea Carmona Duque**
*Marta Juliana Villegas***

PSYCHOLOGICAL INTERVENTION FOR DEPRESSION IN BREAST CANCER PATIENTS FROM THE PERSPECTIVE OF COGNITIVE THERAPY BASED ON BECK'S THEORY

SÍNTESIS

El cáncer es una enfermedad compleja de carácter crónico, que implica no sólo cambios a nivel corporal, sino también de conductas, pensamientos y emociones, por lo cual tiene implicaciones físicas, psicológicas y sociales. A nivel psicológico el trastorno de depresión es frecuente en los pacientes con cáncer, ya que éste se relaciona con creencias de sufrimiento, muerte, cambios en el estilo de vida y efectos secundarios de los tratamientos. Por tanto, uno de los papeles del psicólogo en el área oncológica es la intervención, especialmente en pacientes que presenten algunos trastornos, como la depresión. Así, la terapia cognitiva suele ser una de las más utilizadas para tratar tal trastorno, ya que tiene como objetivo fomentar pensamientos y conductas adaptativas que promuevan una actitud positiva para afrontar la enfermedad. Por tal razón, en este trabajo, se revisa la intervención psicológica desde la terapia cognitiva de Beck, para la depresión en pacientes con cáncer de seno.

Descriptores:

Cáncer, cáncer de seno, depresión, terapia cognitiva, conducta adaptativa.

ABSTRACT

Cancer is a complex chronic disease, which involves not only changes in the patients' body but also in their behavior, thoughts and emotions. The disease has, therefore physical, psychological and social implications. At the psychological level, depression is common in breast cancer patients, because the illness is associated with suffering, death, changes in lifestyle and side effects of treatments. Consequently, one of the roles of psychologists in the oncology area is to offer treatment to depressed patients. In addition, cognitive therapy is one of the most used instruments to treat the said disorder, given that the therapy seeks to promote adaptive thoughts and behaviors that create a positive attitude to cope with the disease. For this reason this paper assesses psychological intervention from the standpoint of Beck's cognitive therapy as a tool to be used in the treatment of depressed breast cancer patients.

Descriptors:

cancer, breast cancer, depression, cognitive therapy, adaptive behavior

* Psicóloga. Universidad Católica Popular del Risaralda. Residente en la Línea de investigación Psicología clínica y de la salud, de julio de 2007 a noviembre de 2008

** Psicóloga. Máster en Intervención en psicología clínica y salud. Docente Universidad Católica Popular del Risaralda. Líder de la Línea de investigación: Psicología clínica y de la salud.

INTRODUCCIÓN

La psicología ha cobrado gran importancia en el área de la salud, en el abordaje de la enfermedad, teniendo en cuenta la relación que existe entre conducta y enfermedad. Esta importancia se debe a que la psicología es una disciplina que pretende comprender los sentimientos, emociones, pensamientos y conductas del ser humano en todas las situaciones vitales, entre éstas la situación de enfermedad, que afecta el comportamiento, las emociones y el pensamiento, debido a las alteraciones que puede causar en la persona, especialmente cuando se trata de enfermedades crónicas como el cáncer.

El cáncer es una enfermedad que por sus características especiales con relación a las afecciones orgánicas que genera, los estigmas sociales, y demás características de enfermedad crónica, altera en el sujeto los procesos psicológicos; por tal razón, enfermedades como ésta no son un tema solamente médico, sino multidisciplinar, lo que hace entonces que la psicología tome importancia e intervenga en el tratamiento integral del cáncer, en cuanto a las alteraciones a nivel comportamental, emocional o cognitivo, que la enfermedad puede generar en quien la padece.

La mayoría de pacientes que reciben un diagnóstico de enfermedades crónicas, como el cáncer, experimentan malestar emocional como rabia o tristeza, que puede presentarse por un periodo corto de tiempo; sin embargo, hay muchos pacientes que continúan con el malestar emocional, que puede terminar en un trastorno psiquiátrico, siendo uno de los más comunes la depresión, ya que se encuentra relacionado con las creencias (de sufrimiento y muerte) acerca de la enfermedad, temor a la muerte, los síntomas físicos

o a nivel de la imagen corporal, los cambios en el rol social y en el estilo de vida, y los efectos secundarios de los tratamientos para el cáncer, entre otras implicaciones de la enfermedad. (Valencia, 2006; Villegas, 2007 y Krikorian, 2008).

Cabe señalar la pertinencia de la participación del psicólogo en el área de oncología con relación a los pacientes con cáncer, ya que éste actúa en tres áreas fundamentales: a) educación, b) información e c) intervención psicológica; estos aspectos van desde la prevención (primaria y secundaria), asistencia sanitaria, supervivencia y cuidados paliativos.

En el caso de la intervención psicológica existen varias alternativas, como brindar al paciente un tratamiento en el cual se enseñan hábitos saludables de vida, técnicas de relajación, expresión de emociones, entre otras técnicas o terapias como la reestructuración cognitiva o terapia psicológica adyuvante, ya que éstas técnicas permiten al paciente modificar algunas conductas y pensamientos acerca de la enfermedad, y reemplazarlos por otros más saludables y adaptativos. Así, la intervención psicológica resulta importante en los pacientes con cáncer, en la medida en que posibilita brindarles un mejor estado emocional y una mejor calidad de vida. (Ibañez, E., 2004; y Murillo & Alarcón., 2006)

Siendo entonces la intervención psicológica una función importante del psicólogo en pacientes con cáncer, y teniendo en cuenta que la terapia cognitiva es una de las alternativas de intervención, surge el siguiente interrogante: ¿La intervención psicológica desde la terapia cognitiva, con base en los planteamientos de Beck, disminuye los síntomas depresivos en mujeres con cáncer de mama que presentan depresión?

Para dar respuesta a este interrogante, este artículo de carácter teórico, tiene como objetivo revisar literatura existente con relación al tema de interés, para conocer su estado actual. Por tanto, se exponen algunos antecedentes del tema, se realiza una definición de: cáncer, cáncer de mama, depresión, terapia cognitiva de Beck, y finalmente se realiza una conclusión acerca de lo encontrado con relación al problema planteado.

DESARROLLO TEÓRICO

Las personas con cáncer generalmente se enfrentan con una serie de incertidumbres y amenazas relacionadas con el progreso de la enfermedad, la efectividad de los tratamientos y sus efectos secundarios. Frente a éstas los pacientes asumen ciertos comportamientos y actitudes distintas a las que cotidianamente tenían, es decir, hay respuestas diferentes ante la situación de enfermedad; entre las respuestas más comunes del sujeto frente a estas amenazas se encuentran emociones como la rabia, la tristeza y la ansiedad, que son emociones adaptativas, es decir, aparecen por un periodo corto de tiempo después del diagnóstico. Sin embargo, a pesar de experimentar emociones negativas, los pacientes experimentan también sensaciones de pérdida que se encuentran relacionadas con preguntas como: ¿voy a morir?, ¿mi familia soportará esta situación?, ¿qué va a pasar con los tratamientos?, ¿por qué me enfermé?; entre otras incertidumbres que parten desde el diagnóstico del cáncer. (Rojas, 2006)

Teniendo en cuenta las reacciones emocionales adaptativas de los pacientes con cáncer, como las que generalmente se espera que experimente una persona que atraviesa por una situación en crisis, en algunos pacientes tales reacciones continúan por un

periodo largo de tiempo y por tanto pueden llegar a ser patológicas, es decir convertirse en trastornos psiquiátricos, como lo son la depresión y ansiedad.

Algunos autores como Olivares (2004) y Krikorian (2008), señalan que la depresión es un trastorno que puede presentarse con facilidad en los pacientes con cáncer, ya que tal enfermedad se relaciona con factores personales, del tratamiento y la enfermedad, por lo cual es importante la implementación de tratamiento psicológico acompañado de tratamiento farmacológico, pues el estado depresivo afecta más la calidad de vida de los pacientes y el mismo curso de la enfermedad, a causa de los efectos de la depresión en el sistema inmunológico. (Velásquez, García, Alvarado & Ángeles, 2007)

Las mujeres con cáncer de mama de igual manera están propensas a presentar depresión, especialmente por las implicaciones a nivel corporal, con relación a la pérdida de los senos, cambios en la relación de pareja, implicaciones en la sexualidad, entre otros aspectos, como los efectos de los tratamientos en la imagen corporal. Frente a la aparición de depresión en pacientes con cáncer, es importante la intervención psicológica con el fin de disminuir los síntomas y reacciones negativas, al igual que generar una sensación de control de la enfermedad.

Para la intervención psicológica en estos pacientes se ha planteado por algunos autores como Olivares (2004) y Lara (2006), que la terapia cognitiva de Beck y la terapia psicológica adyuvante (adaptación de la terapia cognitiva de Beck), resultan ser las más utilizadas en los pacientes que presentan depresión, incluyendo mujeres con cáncer de sean, teniendo en cuenta que un objetivo de la intervención psicológica a partir de la

terapia cognitiva, es reducir los síntomas de la depresión y la ansiedad, brindar un ajuste mental a partir de pensamientos más positivos, y facilitar la sensación de control de la enfermedad.

Barraza (2004) señala, a partir de su trabajo realizado sobre la evaluación e intervención psicológica en un caso de trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo en una mujer con recidiva por cáncer de mama, cómo a partir de la intervención psicológica desde un enfoque cognitivo-conductual, retomando la terapia cognitiva de Beck para la reestructuración de estas distorsiones, se logró disminuir el puntaje obtenido al inicio de la evaluación de 33, en el BDI (inventario de depresión de Beck), a 18, lo cual indica que disminuyó la depresión y los pensamientos negativos, posterior a la intervención psicológica, y la reestructuración cognitiva a partir de la propuesta de Beck.

Los tratamientos psicológicos para la intervención en pacientes con cáncer, suelen tener en común el interés de ayudar al paciente a afrontar mejor los aspectos emocionales relacionados con la enfermedad, desde el diagnóstico hasta el transcurso o evolución y tratamientos de la misma. En este sentido, distinguen dos tipos de intervenciones: a) psicoterapéuticas y b) psicoeducativas. (Amaira, Etxeberria, & Valdosedá, 2001)

En cuanto a las intervenciones psicoterapéuticas, (las que interesan en este texto), tienen como objetivo proporcionar información al paciente sobre la enfermedad y los tratamientos, facilitando así los recursos de afrontamiento, al igual que la reducción de la ansiedad ante la visita médica y los tratamientos.

Estas intervenciones suelen inspirarse en la terapia psicológica adyuvante (TPA), la cual es una adaptación de la terapia cognitiva de Beck para pacientes con cáncer. Con esta terapia de carácter cognitivo conductual se logran identificar aspectos del paciente con relación a la enfermedad, al mismo tiempo que se enseñan estrategias cognitivas y conductuales que faciliten la solución de problemas y fomenten la aparición de actitudes positivas para afrontar la enfermedad y los tratamientos. De tal manera, uno de los objetivos principales de esta terapia es la reestructuración cognitiva de pensamientos desadaptativos e irracionales sobre la enfermedad y los tratamientos, y la aplicación de algunas técnicas conductuales. (Salinas, 1998, y I. Amaira, & otros, 2001)

La mayoría de estos objetivos se logran a partir de la intervención con las pacientes, como lo muestra una investigación realizada por Greer, Moorey, Baruch y Watson (1992) y Moorey y Cols (1994) (Citado por Olivares, 2004), en la cual se llevó a cabo una evaluación de la eficacia de la Terapia Psicológica Adyuvante (ATP), en 134 pacientes con cáncer seleccionados al azar. Los resultados reflejaron una mejoría en la ansiedad, depresión y adopción de estrategias para el afrontamiento más positivas de la enfermedad. Igualmente, los resultados fueron revisados tanto a los dos como a los doce meses después de la intervención, demostrando los beneficios a corto y a largo plazo.

Es pertinente mencionar que la terapia cognitiva es uno de los tratamientos psicológicos más efectivos para disminuir los síntomas de los pacientes que padecen depresión, no sólo en quienes presentan problemas graves de salud como el cáncer, sino en

aquellos que por diferentes razones sufren este trastorno; Pérez y García (2001), señalan que la terapia cognitiva cuenta con numerosos estudios que muestran su efectividad, como los realizados por Rusch, Beck, Kovacs y Hollon (1977), en el cual comparaban la terapia cognitiva con la imipramina (medicamento para la depresión); los resultados evidenciaron que aunque ambos disminuyeron la depresión, la terapia cognitiva generó una disminución de los síntomas más significativamente. En otro estudio realizado por Murphy, Simons, Wetzel y Lustman (1986), encontraron que en pacientes con tratamiento farmacológico y pacientes con tratamiento tanto farmacológico como con terapia cognitiva, recaían más los pacientes que sólo tenían tratamiento farmacológico.

De igual manera, en el estudio realizado por Echeburúa, Salaberría, de Corral, Cenea y Berasategui (2000), que pretendía mirar la eficacia de la terapia cognitiva en un trastorno mixto de ansiedad y depresión, donde algunos pacientes recibían terapia cognitiva, otros terapia cognitiva y farmacológica, y el último grupo sólo tratamiento farmacológico, los resultados mostraron que los pacientes a quienes se les aplicó terapia cognitiva presentaron una mejora en un 70% frente a un 9% de los pacientes con tratamiento farmacológico solo. Así, Pérez y García (2001) concluyen que la terapia cognitiva es eficaz para tratar la depresión, incluso en ocasiones más eficaz que la terapia farmacológica sola.

Sánchez Rosa y Olivares (1999) señalan, a partir de un estudio realizado acerca de las técnicas cognitivo conductuales en los problemas clínicos y de salud, que tales técnicas son efectivas para el bienestar emocional de personas con problemas de salud. Por tanto, retoman los fundamentos de la tera-

pia cognitivo conductual, teniendo en cuenta la influencia de los procesos cognitivos en el desarrollo y mantenimiento de conductas. De igual manera, plantean que hay tres principales técnicas cognitivo conductuales, entre estas la terapia cognitiva de Beck, ya que en ésta se enfatiza en la modificación de algunas cogniciones desadaptativas de los sujetos, resaltando la influencia de éstas en la conducta y las emociones. Así, concluyen entonces que algunas técnicas cognitivo conductuales, entre éstas la terapia cognitiva de Beck, son muy eficaces por su contenido conductual, especialmente en personas con problemas de salud y depresión.

Una vez señalados algunos antecedentes acerca de la intervención psicológica en pacientes con cáncer que presentan depresión, es pertinente continuar con el desarrollo de los conceptos: cáncer, cáncer de mama, depresión y terapia cognitiva, con el fin de dar continuidad a este artículo.

El cáncer es una enfermedad definida por la multiplicación incontrolada de células que conlleva a la destrucción de tejidos del organismo y a la formación de masas tumorales, o lo que se conoce como neoplasias. Así pues, el cáncer es reconocido como una enfermedad de carácter crónico, en la cual se da una alteración en la proliferación y diferenciación celular. En general, las células tumorales se multiplican más rápido que el tejido normal del cual derivan sin cumplir correctamente el programa normal de diferenciación. (Guevara, 2000). El cáncer puede originarse a partir de cualquier tipo de célula en cualquier tejido corporal, lo cual la hace una enfermedad que no es única, sino un conjunto de enfermedades que se clasifican en función del tejido y célula de origen. Del mismo modo, de acuerdo con la ubicación del tumor, el cáncer puede

clasificarse en: **1) Carcinoma**, si se ha originado en tejidos epiteliales (piel, mucosas que tapizan las cavidades y órganos corporales). **2) Sarcomas**, neoplasmas malignos de los tejidos muscular, óseo y conectivo. **3) Linfomas**, cáncer en el sistema linfático. **Y 4) Leucemias**, cánceres en los órganos que forman la sangre (médula ósea). (Arrivillaga, Correa, & Salazar, 2007).

El cáncer tiene origen en las células cuando éstas se convierten en células anormales, debido al desorden del proceso ordenado de división celular en el cual las células crecen y se dividen, produciendo nuevas células de acuerdo con las necesidades del cuerpo. A medida que las células envejecen y mueren son reemplazadas por células nuevas; así, en ocasiones las células nuevas continúan formándose sin que el cuerpo las necesite y sin que hayan muerto las células viejas, de tal manera estas células nuevas pueden llegar a formar una masa o, comúnmente, lo que se conoce como tumor (www.todocancer.com, 2008). Los tumores pueden ser de carácter benigno o maligno; en cuanto a los primeros, se denominan benignos ya que no son cancerosos y no se diseminan hacia otros tejidos, pueden ser extirpados y generalmente no crecen otra vez. En cuanto a los segundos tumores, los malignos, se denominan así ya que sí son cancerosos, debido a que "las células cancerígenas tienen la capacidad de invadir los tejidos cercanos y movilizarse a otras partes del cuerpo, a través del torrente sanguíneo o sistemas linfáticos, donde forman nuevos cánceres que reciben el nombre de metástasis". (Arrivillaga y otros, 2007, 4)

De acuerdo con lo anterior, es necesario señalar que los carcinomas son los tumores que generalmente dan lugar al cáncer de mama, en este caso en el cáncer de mama

hay una formación de células malignas en los tejidos de la mama. Ésta se compone de lóbulos y conductos, los lóbulos contienen secciones más pequeñas llamadas lobulillos, éstos a su vez terminan en pequeños bulbos, donde se produce la leche materna. Los lóbulos, los lobulillos y los bulbos se comunican a través de tubos muy pequeños, los conductos, así, el cáncer de mama más común es el carcinoma ductal que tiene inicio en las células de los conductos, mientras el cáncer que tiene inicio en los lóbulos o en los lobulillos se conoce como carcinoma lobular. (Instituto Nacional de Cáncer [INC], 2008)

Frente a la enfermedad del cáncer de mama existen diferentes tratamientos médicos con el fin de combatir la enfermedad y sus síntomas, y al mismo tiempo con el fin de ofrecer una mejor calidad de vida al paciente que la padece. Así pues, los tratamientos médicos más comunes son la quimioterapia, la radioterapia y la cirugía. Cirugía, que en el caso del cáncer de mama se denomina mastectomía, la cual se practica ya sea para extirpar algunas partes del seno o, si es necesario, extirpar toda la mama.

Considerando lo anterior, es importante explicar en qué consiste cada uno de los tratamientos médicos mencionados: (Arrivillaga, et al., 2007)

1. La cirugía: éste es uno de los tratamientos con más nivel curativo en el cual se extirpa el tumor o se extraen las células malignas, teniendo en cuenta si la parte del cuerpo donde se presenta el tumor facilita la extirpación, e igualmente que en ocasiones, de acuerdo con el lugar de la cirugía, se verá afectada la imagen corporal, como en el caso de la mastectomía donde se extirpa el o los senos completos. Existen diferentes tipos de



cirugías del cáncer de mama: 1) la estereotomía, en la cual se extirpa sólo el tumor, conservando el seno, y 2) la mastectomía en la cual se extirpa toda la mama. Sin embargo, hay varios tipos de mastectomía:

- a) Mastectomía subcutánea: se retira toda la mama dejando el pezón.
- b) Mastectomía total: extracción de toda la mama, con conservación de los ganglios linfáticos ubicados debajo del brazo.
- c) Mastectomía radical modificada: extracción de la mama y los ganglios linfáticos debajo del brazo.
- d) Mastectomía radical: extracción de los músculos de la pared torácica, los ganglios linfáticos debajo de la mama y la mama.

2. La radioterapia: es un procedimiento mediante el cual los tejidos afectados se exponen a radiaciones ionizantes electromagnéticas o por partículas, que destruyen tales tejidos. Como efectos secundarios de este procedimiento está el dolor, quemaduras en la piel, ardor o fatiga física.

3. La quimioterapia: consiste en la utilización de fármacos dirigidos al sistema circulatorio para atacar las células malignas. En este procedimiento los efectos secundarios son más notorios: náuseas, vómitos, fatiga física, pérdida del cabello, entre otros.

Estos tratamientos médicos generalmente son aversivos para los pacientes, debido a los efectos secundarios que generan, por tanto, para ellos resulta incoherente que los tratamientos siendo dirigidos para conseguir una mejora de los síntomas, los haga sentir más enfermos o con mayor malestar. (Simon, et.al., 1999). Así, los efectos de los tratamientos son una de las razones por las cuales surgen en el paciente importantes

implicaciones psicológicas, siendo las más mencionadas, según Chon y Lazarus, (citado en Velásquez, García, Aguilar & Ángeles, 2007), amenazas a la vida, a la integridad corporal, la modificación de roles, la poca tolerancia al dolor, sentimientos de cólera, hospitalización, la pérdida de intimidad física y psicológica.

Tanto las pacientes con cáncer de mama como los demás pacientes con otros tipos de cáncer, viven desde el momento del diagnóstico un proceso de duelo, denominado duelo oncológico, que actúa como un mecanismo que permite que la paciente responda a la enfermedad, así "cabe señalar que el duelo oncológico es no solo muy frecuente, sino que también es, la más de las veces, un mecanismo de reconstrucción psíquico fundamental, que le permite a la paciente estructurar una respuesta a los desafíos orgánicos, cognitivos, sociales y emocionales a los cuales se ve enfrentada a partir de ese momento" (Rojas, 2006, 2). El duelo de las mujeres con cáncer de mama tiene una duración de aproximadamente 6 meses en los cuales se comprenden varios momentos que van desde la negación, la rabia, la pena, la adaptación y la aceptación. Sin embargo, a causa de los tratamientos empleados para el cáncer y los efectos secundarios que estos tienen en las pacientes, el duelo parece empezar una vez disminuyen o terminan los tratamientos.

De tal manera, en cuanto a las pacientes con cáncer de mama, cabe señalar que siendo el cáncer una enfermedad multifactorial, como ya se ha mencionado, ya que afecta las esferas psicológica, física y social, cobra especial significado en estas mujeres, pues se perciben aspectos sociológicos dolorosos para la paciente, a nivel de la relación de pareja, una amenaza tanto para la paciente

como para sus hijas, hermanas, nietas y demás mujeres de su generación. Igualmente la paciente se verá enfrentada a tratamientos con grandes secuelas no sólo a nivel orgánico sino también estético, funcional y cognitivo. Es necesario tener en cuenta que las respuestas emocionales de las pacientes se encuentran influenciadas por la existencia de otras enfermedades previas y las estrategias de afrontamiento frente a éstas, las experiencias anteriores a la aparición del cáncer con respecto a familiares o amigos.

Cabe mencionar ahora algunos aspectos relacionados con la depresión. Ésta suele ser común frente a las situaciones de pérdida, situación que experimentan las pacientes con cáncer de mama, especialmente cuando les han practicado cirugía, ya que ésta altera la forma de su o sus senos. Por tanto, la depresión puede aparecer como trastorno en las pacientes con cáncer mastectomizadas, sumado a algunos factores intrínsecos como el dolor, el avance de la enfermedad, los tratamientos; y los factores extrínsecos como aislamiento, pérdidas recientes, actitud pesimista o resignada. (Amaira, et al., 2001)

Es pertinente señalar que la depresión es entendida desde el DSM IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) como un trastorno en el cual se destacan síntomas como: estado de ánimo depresivo, disminución del interés o de la capacidad de sentir placer, cambios de apetito o de peso, cambios en el sueño, agitación o enlentecimiento psicomotores, fatiga o pérdida de energía, sentimiento de inutilidad o culpa excesivos o inapropiados, disminución de la capacidad para pensar y concentrarse, y pensamientos recurrentes de muerte (American psychiatric Association, 1995; Beck, 1970; García Delgado y Gastelurrutia, 2003; León, 2003, citado en Pérez, 2006)

Éste plantea que la depresión está relacionada con pensamientos irracionales que acompañan estados emocionales tristes o depresivos, así, la percepción e interpretación que el sujeto tenga del ambiente o de diferentes situaciones, influye para que aparezcan diferentes estados emocionales. (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2003). Es decir:

Beck (1976) concibe a la depresión como un desorden del pensamiento. Supone que los signos y síntomas de la depresión son una consecuencia de la activación de patrones cognitivos negativos. Para esto, existen varias estructuras cognitivas específicas que son centrales al desarrollo de la depresión: la triada cognitiva, los esquemas y los tres patrones cognitivos (Beck y Cols, 1979). La triada cognitiva consiste de tres patrones cognitivos que controlan la ideación: una visión negativa de uno mismo, una visión negativa del futuro y una visión negativa del mundo. Los esquemas cognitivos, se supone, llevan a los individuos a un filtrado sistemático o distorsión de la percepción y la memoria. Tales distorsiones son los errores cognitivos. Ellos son involuntarios e incluyen: la inferencia arbitraria, la abstracción selectiva, la sobregeneralización, la magnificación y la minimización. (Citado en Salinas, 1998)

Según Aron Beck, en los trastornos emocionales existe una distorsión en el procesamiento de la información, como sucede en la depresión, ya que en las personas depresivas existe tal distorsión en el procesamiento de la información con relación a las situaciones de pérdida o privación emocional, pues ante estas situaciones negativas el sujeto deprimido realiza una valoración exagerada. Esta valoración negativa en las personas con depresión, tiene una característi-

ca, lo que Beck denomina triada cognitiva, como el modelo cognitivo de la depresión, así, la triada cognitiva consta de tres patrones cognitivos principales en el sujeto, que determinan una manera característica para que el paciente se perciba así mismo, a los otros y a su futuro.

El primer componente hace referencia a la visión negativa del paciente hacia sí mismo, el segundo componente hace referencia a la interpretación negativa que el paciente hace de la mayoría de sus experiencias, refiriendo esto especialmente a concebir un mundo muy negativo, y por último, el tercer componente de la triada se refiere a la visión negativa de su futuro, y por tanto éste se vislumbra siempre con fracasos, dificultades y sufrimientos. (Beck, et al, 2003)

De igual manera, los demás síntomas motivacionales (poca fuerza de voluntad, evitación, etc.) que presenta un paciente cuando se encuentra deprimido, se encuentran relacionados con estos pensamientos negativos acerca de sí mismo, del mundo y del futuro, pensamientos que se encuentran de base. Sin embargo, cabe señalar que los pensamientos negativos del paciente deprimido cuentan con una organización estructural, es decir, de base existen unos esquemas de pensamiento en el sujeto, teniendo en cuenta que un esquema es "una entidad organizacional y estable que contiene todo el conocimiento acerca de uno mismo y el mundo" (Hollon y Kriss 1984, citado en Riso, 1992, 21), son estructuras cognitivas en las cuales se encuentra la información de las personas, situaciones u objetos.

El sujeto cuenta con diferentes esquemas de base que le permiten organizar la información proveniente de los estímulos externos, así, a partir de ellos puede transformar la

información que proviene de sus experiencias en cogniciones, ya sean ideas, pensamientos, o contenidos verbales. Por tanto, en diferentes situaciones, entre éstas la situación de enfermedad, especialmente enfermedad crónica que implica diferentes alteraciones, se activaran ciertos esquemas que contienen información relacionada con tal situación, lo que posibilita entonces estructurar e interpretar las experiencias. Lo que sucede con los pacientes que presentan depresión, es que sus conceptualizaciones frente a ciertas situaciones están distorsionadas y no se ajustan a los esquemas adecuados: "La diferencia principal entre los grupos depresivos y no depresivos, no residiría tanto en la manera de procesar la información, sino en el contenido esquemático. Es decir, mientras los depresivos distorsionan la información en un sentido pesimista o negativo, los no depresivos lo harían en una dirección optimista o positiva". (Riso, 1992, 9)

Existen entonces diferentes causas que pueden provocar la distorsión en el procesamiento de la información, por ejemplo la aparición de un estresor específico o suceso considerado importante, como las enfermedades físicas, especialmente cuando éstas son de carácter crónico. También, actitudes disfuncionales acerca del significado de ciertas experiencias, y una alta valoración por parte del sujeto de la importancia de esas experiencias. Así, en la depresión el procesamiento de la información negativo se encuentra activo, mientras que el procesamiento de la información positiva no se encuentra muy activo en el sujeto. Para que se dé el procesamiento distorsionado y negativo de la información en el sujeto, debe aparecer un suceso estresante, es decir, un desencadenante de la depresión, como la enfermedad, un fracaso laboral, un problema de pareja, etc. (Sanz, 1993)

Esta distorsión en el procesamiento de la información, es lo que puede ocurrir en las pacientes con cáncer, ya que al ser ésta una enfermedad crónica y altamente estresante, al igual que las implicaciones de los tratamientos, da cabida a la aparición de la depresión, pues se activa en mayor medida el procesamiento de la información negativa. Así, las experiencias o acontecimientos, en este caso la enfermedad, pueden ser interpretadas erróneamente, es decir, distorsionadas, considerando que las distorsiones son alteraciones en la forma de ver e interpretar los hechos. (Beriso, Plans y Sánchez, 2002)

De acuerdo con la información de los esquemas y el procesamiento de la información, Beck plantea que existen algunos errores en este mismo procesamiento, errores que han sido clasificados en: (Beck, et al, 2002)

1. Inferencia arbitraria: se refiere al adelanto de las conclusiones acerca de algo que no ha sucedido aún, es decir, cuando aún no hay evidencia o cuando la evidencia es contraria a las conclusiones. También indica la interpretación negativa que hace el sujeto sin datos o información que fundamenten las conclusiones.

2. Abstracción selectiva: alude a la atención centrada en un detalle extraído fuera de su contexto, y a la vez ignorando otras características importantes de la situación. Es decir, un detalle negativo logra opacar la realidad.

3. Generalización excesiva: aquí el sujeto elabora una regla, norma o conclusión general a partir de uno o varios hechos aislados. Así, esta generalización se aplica tanto para situaciones relacionadas, como las que

no lo son, y el sujeto considera que siempre saldrán más las situaciones, generando desesperanza.

4. Maximización y minimización: se refiere a lo que queda reflejado en los errores cometidos al evaluar la magnitud de un evento, errores que constituyen una distorsión. Por tal razón se exagera la importancia de los sucesos o se hace una valoración muy reducida hasta el punto de hacer parecer la situación o hecho como diminuto.

5. Personalización: tendencia del sujeto para atribuirse a sí mismo fenómenos externos, cuando no hay evidencias que permitan realizar tal conexión. Así, el sujeto se atribuye toda la responsabilidad de aquello que tiene consecuencias negativas, generando sentimientos de culpa.

6. Pensamiento absolutista, dicotómico: tendencia del sujeto a clasificar la mayoría de las experiencias según una o más categorías opuestas.

Sin embargo, en la depresión se evidencia con mayor frecuencia abstracción selectiva, maximización de la información negativa y personalización de los errores o fallos que suceden en la situación, pero al mismo tiempo se minimiza e ignora la información positiva.

Estos errores en el procesamiento de la información que se dan en la depresión, aparecen con relación a las interpretaciones que el sujeto realiza de sus experiencias, interpretaciones que resultan básicas o primitivas, es decir el sujeto no evalúa la situación a partir de diferentes alternativas o dimensiones, sino a partir de pocas y reducidas categorías. Igualmente, tienden a ser interpretaciones negativas, catastróficas y absolutistas.

Con el fin de disminuir los síntomas de la depresión y mejorar el estado de ánimo de los pacientes que la presentan, Beck planteó la terapia cognitiva, desde la cual se propone una intervención psicológica que resulta importante, ya que su objetivo principal es que el paciente identifique y modifique aquellas conceptualizaciones y creencias distorsionadas que subyacen a las cogniciones, es decir, que el paciente logre cambiar su manera de pensar y, por ende, cambie su estado de ánimo o forma de sentirse.

Es pertinente señalar que los primeros tratamientos para la depresión fueron a nivel farmacológico, sin embargo, después surgen también los tratamientos psicológicos, al tener en cuenta que en las personas con depresión hay cogniciones y emociones poco adaptativas. De los tratamientos psicológicos para la depresión, han sido tres específicamente los que se han reconocido, a partir de varias investigaciones o estudios (Pérez y García, 2001), que han probado su eficacia; estos tratamientos son: a) la terapia de conducta, b) la terapia cognitiva de Beck y c) la psicoterapia interpersonal.

La terapia cognitiva de Beck es uno de los tratamientos psicológicos más reconocidos para la depresión, surge en sus inicios específicamente para tratar la depresión, sin embargo, algunos de sus principios son utilizados para el tratamiento de otros trastornos. Así, la terapia cognitiva empieza a ser reconocida con relación a un influyente estudio del National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program (Elkin, Parloff, Hadley y Autry, 1985, citado en Pérez & García, 2001) en el cual se pretendía evaluar la eficacia de la terapia cognitiva con relación a la medicación antidepressiva, y finalmente concluyen que hubo un grado mayor de recu-

peración en los pacientes que fueron tratados con esta terapia.

La implementación de la terapia cognitiva en los pacientes deprimidos requiere que en un primer momento se realice una selección de los síntomas objetivos, es decir, aquellos síntomas (físicos, motivacionales, conductuales o fisiológicos) que estén generando un mayor malestar en el paciente. Una vez seleccionados estos síntomas, se da paso a la aplicación de técnicas conductuales con el propósito de que algunas modificaciones conductuales contribuyan a la modificación cognitiva, especialmente cuando el paciente y las personas que lo rodean (familiares y amigos) consideran que él no puede realizar algunas funciones, ya sean laborales, académicas, etc., es decir las técnicas conductuales funcionan en la medida en que permiten que el paciente corrobore sus ideas frente a su incapacidad o poca funcionalidad.

Una vez establecidos tanto los síntomas objetivos como algunas técnicas conductuales, es necesario implementar las técnicas cognitivas como tal, que se llevan a cabo generalmente durante la interacción verbal, terapeuta-paciente. De tal manera, es preciso dar una breve explicación al paciente acerca del objetivo de la terapia cognitiva y de su fundamento, aclarar que algunos pensamientos (esquemas) de base, tienen un efecto negativo en el estado emocional y en las conductas.

Lo que se espera es que el paciente se dé cuenta que puede ser funcional y que está en capacidad de realizar diferentes funciones, lo cual aumentará la satisfacción y la autoestima, afectadas cuando el paciente, al interrumpir diferentes funciones a causa de los síntomas depresivos, se percibe como incapaz, fatigado, insatisfecho y con baja autoestima. (Beck, et al, 2003)

Existen diferentes estrategias o técnicas para llevar a cabo la intervención a partir de la terapia cognitiva, las cuales se utilizan con el fin de proporcionar al paciente diversas alternativas, que permitan la organización de su información de manera lógica, y exista claridad tanto para el terapeuta como para el paciente acerca de la interpretación de la realidad que está haciendo el paciente. Sin embargo las más importantes pueden organizarse en tres grandes grupos: (Riso, 1992 y Beck, et al, 2003)

1. El empirismo colaborativo: establecimiento de un equipo de trabajo entre el terapeuta y el paciente, con el fin de examinar y corroborar con soporte científico las creencias del paciente. Por tanto, el trabajo se basa en el contraste de la realidad con tales creencias.

2. El diálogo socrático y la disputa verbal: guía e inducción que realiza el terapeuta al paciente, en el reconocimiento de las inconsistencias lógicas de sus formulaciones, atacando y examinando los supuestos que el paciente señala, teniendo en cuenta que ésto se realiza de manera cálida y empática.

3. El descubrimiento guiado: aquí el terapeuta lleva al paciente a que genere experiencias comportamentales o psicológicas con el fin de que descubra aspectos relevantes de su personalidad, lo cual se hace a partir de una investigación o autoevaluación de experiencias del paciente. Así, el descubrimiento guiado consiste en mantener una actitud de crecimiento por medio de experiencias nuevas, cada vez más enriquecedoras y cuestionadoras de sí mismo.

En el mismo orden de ideas, lo primero que debe hacer el terapeuta es brindarle al paciente una explicación acerca de la terapia

cognitiva, qué es y en qué consiste, a la vez que le proporciona evidencia acerca de la manera de pensar y su influencia en el estado de ánimo, y por tanto, cómo los pensamientos negativos contribuyen a mantener el estado de ánimo depresivo. Una vez el terapeuta explica la terapia cognitiva, es necesario enseñarle al paciente a identificar pensamientos negativos, lo cual se logra a partir de registros de pensamientos, con el fin de tenerlos como evidencia para mostrarle que está pensando de manera negativa o distorsionada.

Una vez el paciente logra identificar sus pensamientos negativos, el terapeuta los examina en su compañía para someterlos a prueba y conocer si coinciden con la realidad, es decir, evidenciar si lo que el paciente está pensando acerca de las situaciones, coincide con lo que realmente está sucediendo. De manera tal que él empiece a cambiar o corregir esos pensamientos distorsionados, por pensamientos más acordes con la realidad y a la vez aumente su capacidad para realizar inferencias lógicas y realistas. (Beck, et al., 2003)

Para lograr entonces que el paciente depresivo cambie la manera de pensar negativamente y elabore respuestas racionales ante sus cogniciones negativas, se emplean diferentes técnicas cognitivas, como las que ya se mencionaron antes, entre las cuales se encuentra también la técnica de retribución y la técnica de búsqueda de soluciones alternativas. La primera consiste en la revisión de los acontecimientos, por parte del terapeuta y el paciente, utilizando la lógica para atribuir la responsabilidad de los hechos a quien corresponde, ya que los pacientes depresivos tienden a culpabilizarse de los acontecimientos que tienen consecuencias negativas. El objetivo no es librar

al paciente de toda la responsabilidad, sino atribuírsela a quien corresponde. La segunda, técnica de búsqueda de soluciones alternativas, consiste en la búsqueda de diferentes alternativas o interpretaciones ante ciertas situaciones que son problemáticas para el paciente, ya que con esto se le proporciona otra manera de ver los problemas, permitiéndole sustituir las conclusiones negativas por otras más objetivas y reales.

CONCLUSIONES

A manera de conclusión puede decirse que el cáncer, incluyendo el cáncer de seno, es una enfermedad con diferentes implicaciones, tanto orgánicas como psicológicas y sociales. Una de las implicaciones más frecuentes en los pacientes con cáncer, según algunos autores como Valencia (2006) y Krikorian (2008), es el trastorno de depresión. Así pues, las pacientes con cáncer de seno tienen alta probabilidad de padecer tal trastorno, teniendo en cuenta las implicaciones en la imagen corporal que tales pacientes pueden tener a raíz de la cirugía y los efectos de los tratamientos.

Generalmente hay una activación emocional cuando la persona percibe algunas condiciones internas y externas, las cuales pueden ser de peligro o amenazas; esta percepción conlleva a una valoración subjetiva, cambios fisiológicos y formas de afrontamientos. Así pues los procesos emocionales pueden ser adaptativos a las nuevas condiciones, o por el contrario poco adaptativos o disfuncionales. Estas últimas son las que se encuentran relacionadas con las crisis, recaídas o problemas de salud tanto físicos como mentales, entre los cuales se encuentran algunos trastornos psicológicos. (Fernández, E. & Francesc, 1999)

Con base en lo anterior, cabe señalar que la enfermedad de cáncer y las implicaciones de ésta, generan en los pacientes una activación emocional, ya que la enfermedad es percibida como una situación de amenaza para la salud. La mayoría de emociones en los pacientes con cáncer después del diagnóstico, son adaptativas, sin embargo, si perduran después del tiempo esperado suelen ser disfuncionales, las cuales se relacionan con los trastornos de depresión y ansiedad que generalmente manifiestan los pacientes con cáncer.

Siendo entonces la depresión uno de los trastornos más encontrados en los pacientes con cáncer, entre éstos las mujeres con cáncer de seno, cabe señalar que la psicología, teniendo un campo de actuación en el área de la salud, y entre ésta en el área oncológica, se interesa por realizar intervención psicológica en los pacientes con cáncer, con el fin de mejorar su calidad de vida y su adaptación a la enfermedad.

Dentro de las intervenciones psicológicas para los pacientes con cáncer se encuentra la intervención para algunos de los trastornos que tales pacientes pueden padecer, como la depresión. Desde el enfoque cognitivo conductual se han planteado algunas terapias para tratar la depresión, entre éstas una de las más destacadas es la terapia cognitiva de Beck, la cual cuenta con mucho reconocimiento por su eficacia. Así pues, aunque no son muchas las investigaciones acerca de la aplicación de la terapia cognitiva basada en la propuesta de Beck, en pacientes con cáncer de seno que presentan depresión, algunos autores como Olivares (2004), Barraza (2004) y Lara (2006) plantean a partir de sus estudios, cómo tal terapia es pertinente para la disminución de síntomas depresivos en pacientes con cáncer, incluyendo el cáncer de seno.

De igual manera, la terapia cognitiva propuesta por Beck, desde sus inicios tuvo un especial interés por la intervención en pacientes con depresión, considerando que la depresión puede presentarse en una persona a partir de una o varias situaciones, como la situación de enfermedad crónica que implica alteraciones orgánicas y psicológicas. Las situaciones activan en la persona los esquemas que contienen la información, sin embargo, la información con relación a los hechos se encuentra distorsionada en las personas con depresión. Esto es lo que puede ocurrir en las pacientes con cáncer de seno desde el momento del diagnóstico, hasta las implicaciones de los tratamientos.

Las pacientes con cáncer de seno que presentan depresión, al igual que otras personas con este trastorno, pueden disminuir los síntomas depresivos a partir de la terapia cognitiva basada en los fundamentos de Beck, ya que esta terapia cuenta con varios estudios como el realizado en el National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program

(Elkin, et al, 1985 citado en Pérez, et al; 2001), que demuestran su efectividad para disminuir los síntomas depresivos, teniendo en cuenta que uno de los objetivos de ésta es la modificación de algunos pensamientos y conductas negativas. En el caso de las pacientes con cáncer, estaría enfocada a modificar estos pensamientos y conductas con relación a la enfermedad, por otros más adaptativos.

Finalmente hay un gran campo de investigación con relación a la efectividad de la psicoterapia individual con tratamientos cognitivos, específicamente en pacientes con cáncer de seno que presentan depresión a raíz de las diferentes implicaciones de la misma enfermedad, incluyendo las creencias o distorsiones que tales pacientes pueden presentar a partir de su cáncer y la relación que existe con las implicaciones a nivel corporal a raíz de los tratamientos. Esto con el fin de presentar mayores relacionadas con aspectos específicos en cuanto a la implementación y efectos de la terapia cognitiva en estas pacientes.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amaira, I.; Etxeberria, A. & Valdosedá, M. (2001). [Versión Electrónica]. Manifestaciones clínicas de las complicaciones emocionales del cáncer de mama y su tratamiento. Artículo especial. Departamento de Psicología de la Universidad de Deusto. Bilbao.

Arrivillaga, Q. M.; Correa, S. D.; & Salazar, C. I. (2007). Psicología de la salud. Abordaje integral de la enfermedad crónica. Bogotá: Editorial Manual Moderno.

Barraza, P. (2004). Evaluación e intervención psicológica en un caso de trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo en una mujer con residia por cáncer de mama. *Revista Psicooncología* Vol. 1 N° 1. pp. 165-178.

Beck, A.; Rush, A.; Shaw, B.; & Emery, G. (2003). *Terapia cognitiva de la depresión*. New York: Editorial Desclee de Brouwer.

Beriso, A., Plans, B. & Sánchez I. (2002). *Cuadernos de terapia cognitivo-conductual*. Madrid: Editorial ESO.

Branch, V. (2007). La autoimagen femenina, posterior a una mastectomía. Trabajo de grado para optar al título de psicóloga. Programa de Psicología, Universidad Católica Popular del Risarlada, Pereira.

Fernández, E. & Francesc, A. (1999). *Emociones y salud*. España: Editorial Ariel Psicología.

Guevara, P. G. (2000). Cáncer y evolución; *Revista Colombiana de Cancerología*, 5, 2, 14-21.

Ibáñez, E. (2004). El papel del psicólogo en los planes nacionales de oncología, *Boletín de Psicología* n° 82, Noviembre. Universidad de Valencia.

Instituto Nacional del Cáncer. Recuperado 27 de abril de 2008. <http://www.cancer.gov/español>. Cáncer de mama.

Krikorian, A. (2008). Cognición y cáncer: el rol de las estrategias de afrontamientos. Ponencia presentada en el IV encuentro colombiano de terapia cognitiva, Medellín, Colombia.

Lara, S. (2006). Depresión en personas diagnosticadas con cáncer. En: *Revista Diversitas - Perspectivas en Psicología*, Vol. 2 N° 2, pp. 241-257.

Lugo, M.; Martínez, D.; Alizo, J. & Sojo, V. (2006). Pacientes oncológicos con diagnóstico reciente: valoración e intervención sobre la depresión, ansiedad y calidad de vida a través de un programa preventivo de intervención. *Archivos venezolanos de psiquiatría y neurología*. Vol.52 N° 106. Recuperado 30 de mayo de 2008 de: www.infomedicoline.com/biblioteca/revista/psiquiatria/vol52n106/at452.pdf

- Murillo, M., Alarcón, A. (2006). Tratamientos psicossomáticos en el paciente con cáncer. *Revista colombiana de psiquiatría*, Vol. XXXV-suplemento, 1.
- Olivares, C. M. (2004). Aspectos psicológicos en el cáncer ginecológico. *Revista Avances en Psicología Latinoamericana*. Vol. 22, 29-48
- Pérez, A, G. (2006). Cáncer de mama y depresión. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*. Vol 9 N° 2. Universidad Iberoamericana.
- Pérez, A, M. & García, M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Revista Psicothema* Vol 13 N° 3, pp.493-510
- Riso, W. (1992). *Depresión*. Medellín: Ediciones Gráficas Ltda.
- Rojas, G. (2006). Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama. *Revista Médica, Clínica Las Condes*, N° 17 Vol. 4, 194-197
- Sánchez, M,; J. Rosa & Olivares, R, J. (1999). Las técnicas cognitivo conductuales en problemas clínicos y de salud: meta-análisis de la literatura española. *Revista Psicothema*, Vol. 11 N° 3, pp. 641-654. Universidad de Murcia.
- Salinas, J. (1998). La aplicación de técnicas cognitivo y conductuales para el tratamiento de la depresión: Un Caso. *Revista electrónica de psicología Iztacala*. Vol. 1 No. 1. [Versión Electrónica]
- Sanz, J. (1993). Distinguiendo ansiedad y depresión: revisión de la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck. *Anales de psicología*, Vol. 2 N° 9, pp. 133-170.
- Simón, M. A. & Otros. (1999). *Psicología de la salud, fundamentos metodología y aplicaciones*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Valencia, L. S. (2006). Depresión en personas diagnosticadas con cáncer. *Revista Diversitas-Perspectivas en Psicología* Vol. 2 N° 2, 241-252.
- Velásquez, M. A; García, C. M. Alvarado, A. S. & Ángeles, S. (2007). Cáncer y psicología. *Gaceta mexicana de oncología*. Vol. 6 N° 3, pp. 71-76 [Versión electrónica]. Artículo original.

CARACTERIZACIÓN NEUROPSICOLÓGICA DE LA DEMENCIA SEMÁNTICA Y LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.

Natalia López*
Yamile Bocanegra**

NEUROPSYCHOLOGICAL CHARACTERIZATION OF SEMANTIC DEMENTIA AND ALZHEIMER'S DISEASE

SÍNTESIS

La Enfermedad de Alzheimer (EA) y la demencia Semántica (DS) tienen perfiles neuropsicológicos similares en sus primeras etapas. Por tal motivo, diferentes estudios han centrado su atención en establecer las características de las alteraciones en ambas patologías; concluyendo que si se emplean baterías neuropsicológicas sensibles a la función de memoria semántica, es posible establecer la diferencia entre la DS y la EA. Sin embargo, aún falta mayor claridad en cuanto al tipo de fallas que se presentan en la memoria semántica en ambos tipos de patologías, pues no hay estudios con resultados claros en cuanto a las alteraciones clínicas que se pueden presentar. El objetivo del presente artículo es realizar una caracterización de las alteraciones neuropsicológicas que se presentan en la DS y la EA, con el fin de aportar exactitud al establecimiento del perfil de estas enfermedades. Este texto inicialmente retoma algunas generalidades de EA y DS, posteriormente se revisan estudios empíricos que han tratado de determinar los perfiles neuropsicológicos diferenciales entre estos dos tipos de demencia.

Descriptores:

Memoria, demencia semántica, enfermedad de Alzheimer, alteraciones neuropsicológicas.

ABSTRACT

Semantics dementia (DS) and Alzheimer's disease (AD) have similar neuropsychological features at their early stages. For this reason, several studies have focused their attention on establishing the characteristics of the alterations in both pathologies and found that, if neuropsychological batteries sensitive to the role of semantic memory are deployed, it is possible to establish a difference between the two diseases. However, there is still a significant lack of clarity concerning the type of problems that take place in the semantic memory in both illnesses. The purpose of this article is to make a characterization of the neuropsychological alterations that occur in both DS and AD, in order to better distinguish these diseases. The article presents some generalities of DS and AD and reviews empirical studies that have sought to determine the differences between the neuropsychological profiles of these two types of dementia..

Descriptors:

Memory, semantic dementia, Alzheimer's disease, neuropsychological alterations.

* Psicóloga. Universidad Católica Popular del Risaralda. Residente en la Línea de investigación en Neuropsicología de julio de 2007 a noviembre de 2008.

** Psicóloga. Magister en Neuropsicología. Profesora Auxiliar. Líder: Línea de Investigación en Neuropsicología. Grupo de Clínica y Salud Mental. Programa de Psicología. Universidad Católica Popular del Risaralda.

INTRODUCCIÓN

La creciente tasa de personas que conforman el grupo de adultos mayores de nuestra sociedad, es cada vez más alto, y se estima que el número de esta población incrementa dentro de unos años (Takeuchi y Guevara, 1999). Este fenómeno presume un aumento de casos con patologías propias del envejecimiento, que pueden ser tanto físicas como psicológicas, y dentro de estas últimas se incluyen los cambios cognitivos. Dichos cambios pueden tener tres formas de presentación: en la primera se encuentran los casos de envejecimiento cognitivo normal, en la segunda, los casos de Deterioro Cognitivo Leve (DCL) y por último se encuentran los casos de demencia.

La demencia se define como un síndrome adquirido, que se caracteriza por una serie de síntomas y signos que provocan deterioro de las capacidades cognitivas, alterando la funcionalidad del individuo en esferas tales como la social y laboral (APA, 2002; Cummings y Benson, 1992). Generalmente, las demencias presentan cuadros clínicos comunes que varían por su base etiológica, edad, curso clínico y trastornos asociados. (López-Pousa, 2002; APA, 2002)

Lo anterior supone en la actualidad, un gran interés por estudiar los diferentes tipos de síndromes demenciales, debido a su alta prevalencia en el grupo de la tercera edad. Según la etiología, las demencias de causa degenerativa son las más frecuentes, un ejemplo de ello es la enfermedad de Alzheimer (EA), la cual representa entre el 50 y el 70% de los casos (López, 2002), y la demencia frontotemporal (DFT) considerada como la tercera forma más frecuente de demencia, constituyendo hasta un 20% de las demencias (Castellví, et al., 2003)

La EA es un síndrome neurodegenerativo que se caracteriza por la presentación de un declive cognitivo de las funciones intelectuales, entre las que se destaca memoria, lenguaje, las funciones ejecutivas, atención, orientación. Esta es una enfermedad progresiva que con el transcurrir del tiempo presenta un deterioro global de las funciones (Arango, et al., 2003)

Por su parte, la degeneración frontotemporal es una entidad heterogénea que afecta las regiones prefrontales y la parte anterior del lóbulo temporal. Se han reconocido clínicamente tres variantes de esta demencia: la Demencia Frontal (DF), la Afasia Primaria Progresiva (APP) y Demencia Semántica (DS) (Robles, 2002). Ésta última es producida por una afección en el lóbulo temporal, caracterizada por la pérdida del conocimiento semántico sobre personas, objetos, hechos y palabras. Secundario a esto se presentan alteraciones en la comprensión del lenguaje oral y escrito (O'Neill, et al., 2006; Montañés et al, 2003).

En la actualidad se estima que existe una relación entre la EA y la DS en cuanto a la similitud de sus perfiles neuropsicológicos, ocasionando confusión entre los clínicos debido a que en las primeras fases de la EA existen cambios a nivel de la memoria semántica, siendo similares a los que ocurren en la DS, además de otras alteraciones que acercan los perfiles neuropsicológicos y que suelen ser pasados por alto en el momento de establecer el diagnóstico diferencial. (Hodges et al. 1999). De acuerdo con lo anterior, se ha planteado que la prevalencia de la DFT puede llegar a ser mayor; es decir, la similitud de los perfiles neuropsicológicos y por ende, la falta de un consenso claro en los criterios diagnósticos conlleva a que esta demencia sea



infradiagnosticada; además, se debe tener en cuenta que la predominancia de alteraciones en rasgos psiquiátricos en los inicios de la enfermedad, se confunde con otros síndromes neurológicos. (Castellví, et al., 2003; Pelegrín et al., 2003)

Atendiendo a lo anterior, el establecimiento de perfiles neuropsicológicos entre las diferentes demencias que presentan condiciones aparentemente similares, se constituye en un reto para el ámbito clínico, porque puede aportar al diagnóstico diferencial y, por lo tanto, se tendría un impacto directo en términos de tratamiento oportuno.

El objetivo del presente artículo es realizar una caracterización de las alteraciones neuropsicológicas que se presentan en la DS y la EA, con el fin de aportar exactitud al establecimiento del perfil de estas enfermedades. Este texto inicialmente retoma algunas generalidades de EA y DS, posteriormente se revisan estudios empíricos que han tratado de determinar los perfiles neuropsicológicos diferenciales entre estos dos tipos de demencia.

1. LAS DEMENCIAS NEURODEGENERATIVAS

Las demencias que presentan mayor prevalencia son las neurodegenerativas (Robles, 2002), entre las cuales la EA es la más frecuente, seguida por la Demencia de Cuerpo de Lewy, y la DFT (Arango, et al., 2003). Cada una de estas demencias presenta características clínicas de acuerdo con la topografía lesional, que puede darse de forma difusa (como la EA) o focal (como la DFT), alterando una o varias funciones cognitivas y cambios comportamentales (Pelegrín, et al., 2003).

Partiendo de la prevalencia de las demencias degenerativas y el objetivo del presente artículo, a continuación se profundizará en los conceptos de la EA, la DTF y principalmente en la variante temporal (DS) de la DTF, donde se tienen en cuenta aspectos como la definición, principales síntomas, criterios diagnósticos y alteraciones neuropsicológicas.

LA DEMENCIA FRONTOTEMPORAL

La DFT es una entidad clínica degenerativa que afecta las regiones prefrontales y la región anterior de los lóbulos temporales, caracterizada por cambios a nivel comportamental y alteraciones progresivas en el lenguaje o en ambas, instaurándose generalmente en la sexta década de la vida (Miller, 2007; Kertesz, et al., 2002; Neary, et al., 1998); los síntomas iniciales de esta patología están relacionados con cambios en la personalidad, alteraciones en el comportamiento (desinhibición o inhibición conductual) y del afecto (Iragorri, 2007;). Dentro de las alteraciones neuropsicológicas se encuentran afectadas las funciones ejecutivas, el lenguaje y la memoria de trabajo con mayor preservación de las habilidades visoespaciales (Montañés, et al., 2003; Castellví et al., 2003; Robles, 2002)

Se reconocen tres variantes de la DFT: La DF, la DS y la APP. En el caso de la Demencia Frontal (DF), la característica principal radica en cambios de inicio insidioso a nivel comportamental y alteraciones en la personalidad, lo que conlleva a que éste sea confundido con algunos cuadros psiquiátricos; mientras que los déficit cognitivos se presentan más tardíamente afectando la atención, abstracción, planificación y la resolu-

ción de problemas; las alteraciones que se presentan a nivel de memoria son secundarias a las alteraciones en la regulación frontal, la inatención y la pérdida en la activación de estrategias (Montañés et al., 2003).

En el caso de la APP, descrita por Mesulam en 1982, su primordial alteración y el síntoma inicial son los errores fonológicos, gramaticales y las dificultades para encontrar las palabras, las demás funciones cognitivas se encuentran aparentemente normales; por lo general, los pacientes con APP logran ser independientes y realizan las actividades de la vida diaria. La evolución de la alteración en el lenguaje de esta patología se asemeja a los síndromes afásicos clásicos, pero con claros rasgos atípicos como lo son la conservación de la escritura y la tendencia al mutismo, así como la pérdida de la iniciativa para hablar. (Iragorri, 2007; Castellví et al, 2003)

Por último, la DS es un síndrome caracterizado por el deterioro progresivo de la memoria semántica, en el que se ve afectado el acceso al almacén semántico y como consecuencia se ve afectada la denominación, la comprensión en el lenguaje oral y escrito. Esto es secundario a una degeneración en la región del lóbulo temporal anterior izquierdo (o bilateral) y en el cortex inferolateral (Davies, et al., 2005; Edwards-lee, et al., 1997). La prevalencia de dicha patología es más frecuente en hombres con una relación de 2 a 1, las primeras manifestaciones se dan entre los 50 y los 65 años, generalmente los pacientes viven más de seis años a partir del momento del diagnóstico (O'Neill, et al., 2006).

Según Pelegrín et al. (2003) los principales síntomas de la DS son: 1. inicio insidioso y curso progresivo; 2. lenguaje espontáneo flui-

do pero vacío de contenidos; 3. déficit en la memoria semántica: afasia anómica o amnésica, alteración en la comprensión; 4. Parafasias semánticas; 5. Trastorno perceptivo: agnosia asociativa, prosopagnosia: incapacidad de reconocer caras familiares.

Al inicio de esta demencia los pacientes tienen problemas para recordar los nombres de personas, cosas, objetos, lugares y van perdiendo de manera progresiva la capacidad para entender el significado de las palabras, así como los estímulos visuales, sabores y sonidos no verbales; además de tener poca conciencia de sus fallas, observándose en las primeras etapas errores en la emisión de categorías semánticas, evidenciándose el uso de comodines que remplazan los sustantivos como 'ese', 'eso', el lenguaje se mantiene fluente, la memoria episódica, las estructuras gramaticales y fonológicas, la repetición de palabras aisladas, se encuentran preservadas (O'Neill, et al, 2006; Robles, 2002; Iragorri, 2007)

Más tardíamente la persona va perdiendo paulatinamente la capacidad para la comprensión verbal, el lenguaje va perdiendo fluidez y su contenido es pobre y repetitivo. En las evaluaciones con las pruebas neuropsicológicas los pacientes no mejoran con claves semánticas, las funciones visoespaciales y la función ejecutiva se mantienen preservadas lo que explica que las personas utilicen objetos aunque no sepan qué son. Cuando progresa la DS la afectación se extiende hasta los lóbulos frontales, razón por la cual se comienzan a observar cambios en el comportamiento y la conducta social, se pueden llegar a presentar comportamientos hipocondriacos. (Mummery, et al., 2000; O'Neill et al, 2006; Robles, 2002)

A continuación se presentan los criterios para el diagnóstico clínico de la Demencia Semántica (Nearly, et al., 1998):

El trastorno semántico (dificultad para comprender el significado de palabras y/o la identidad de objetos) es la alteración más destacada al comienzo y durante toda la enfermedad. Otras funciones cognitivas, incluida la memoria autobiográfica, permanecen indemnes o relativamente preservadas.

I. Aspectos Diagnósticos Esenciales:

- A) Inicio insidioso y de progresión gradual
- B) Trastorno del lenguaje caracterizado por:
 1. Habla espontánea fluente pero progresivamente empobrecida de contenido
 2. Pérdida del significado de las palabras, evidenciada por una alteración en la capacidad de denominar y comprender
 3. Parafasias semánticas
- C) Trastorno de la percepción caracterizado por:
 1. Prosopagnosia: alteración del reconocimiento de la identidad de rostros conocidos y /o
 2. Agnosia asociativa: alteración del reconocimiento de la identidad de objetos
- D) La copia de un dibujo y las pruebas de asociación de elementos basadas en datos de percepción permanecen normales
- E) Repetición normal de palabras aisladas
- F) Lectura y escritura al dictado normales (de las palabras que se leen y se escriben según las normas estándar del idioma)

II. Aspectos que apoyan el diagnóstico:

- A) Aspectos que apoyan el diagnóstico de una degeneración, frontotemporal:
 1. Inicio antes de los 65 años
 2. Antecedentes de trastorno similar en familiar de primer grado
 3. Enfermedad de neurona motora (en una minoría de pacientes), con parálisis bulbar, debilidad y adelgazamiento muscular, y fasciculaciones
- B) Habla y lenguaje:
 1. Logorrea
 2. Uso idiosincrático de las palabras
 3. Ausencia de Parafasias fonémicas
 4. Dislexia y disgrafía superficial (en palabras irregulares de idioma no español cuya pronunciación no se corresponde con la de sus sílabas)
 5. Cálculo aritmético no alterado
- C) Conducta:
 1. Pérdida de interés y de empatía (sintonía afectiva) con las demás personas
 2. Disminución del interés por el entorno
 3. Tacañería o avaricia
- D) Signos físicos:
 1. Ausencia o aparición tardía de reflejos de desinhibición cortical
 2. Acinesia, hipertonia, temblor
- E) Pruebas complementarias:
 1. Neuropsicología:
 - a) Deterioro semántico intenso, evidenciado por deficiencias en la comprensión de palabras y en la denominación y/o en el reconocimiento de objetos y rostros
 - b) Fonología y sintaxis, procesamiento perceptivo elemental, habilidades espaciales y memoria episódica conservados
 2. EEG: normal
 3. Neuroimagen cerebral (estructural o /y funcional): anomalía (simétrica o asimétrica) que predomina en la región temporal anterior

III. Aspectos que excluyen el Diagnóstico:

- A) De la anamnesis y la exploración:
 1. Inicio brusco y eventos ictales
 2. Traumatismo craneal próximo al inicio de las manifestaciones
 3. Amnesia precoz intensa
 4. Desorientación espacial
 5. Habla festinante o acelerada, logoclónica, con pérdidas en el curso del pensamiento
 6. Mioclonías

3. LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

La EA es un síndrome neurodegenerativo de origen insidioso y progresivo caracterizado por un declive en el funcionamiento intelectual, donde las funciones cognitivas como la memoria, lenguaje, praxias, gnosias, funciones ejecutivas, se encuentran alteradas, interviniendo con la vida diaria de las personas (Brendan, et al., 2007; Manning, 2004); esto se debe a las alteraciones neuropatológicas situadas en la corteza cerebral, primordialmente en las áreas temporoparietales (Alberca, 2002). La prevalencia de esta patología es mayor en mujeres que en hombres lo cual se atribuye a causas multifactoriales tales como la esperanza de vida y factores genéticos; por lo general el inicio de la enfermedad se da a partir de los 65 años. (López-Pousa, 2002)

De acuerdo con el curso evolutivo de la mencionada patología, ésta se divide en cuatro subtipos: 1. Fase preclínica: aunque esta fase ha sido la menos investigada, lo que se ha encontrado es que existe un deterioro cognitivo leve en el que se observan complicaciones a nivel de atención y memoria episódica. 2. Demencia leve: la primordial característica es la dificultad para adquirir nuevos aprendizajes y comienzan a hacerse presentes las dificultades en pensamiento abstracto, comprensión y orientación temporal. 3. Demencia moderada: se resaltan los cambios cognitivos, además de los emocionales e inician las alteraciones en la memoria retrógrada y se presenta anosognosia. 4. Demencia grave: en esta etapa el deterioro cognitivo y comportamental de la persona es severo a tal punto que la persona no puede valerse por sí misma. (Arango et al, 2003; López-Pousa, 2002; Peña-Casanova, 2002)

La memoria es una de las principales alteraciones en la EA puesto que se ve perturbada la memoria episódica en donde se inicia una serie de manifestaciones tales como dificultad para codificar y almacenar información; también se presentan alteraciones en la memoria semántica ya que a la persona se le dificulta la evocación para el conocimiento de los objetos, hechos, al igual que palabras y sus significados; esto se hace evidente en los resultados de la aplicación de pruebas tales como denominación de objetos, generación de significados y test de fluidez de categorías semánticas. (Brendan, et al., 2007).

En el lenguaje, durante etapas iniciales, se observan dificultades para encontrar las palabras lo cual se agudiza con el deterioro, se presentan parafasias, intrusiones, problemas en la comprensión auditiva (Montañés, et al., 2005). Más tardíamente se evidencia disminución en el lenguaje espontáneo, aparecen respuestas perseveratorias, dificultad para la comprensión de órdenes complejas, discursos vacíos de contenido y en etapas finales hay una incapacidad para responder a órdenes sencillas, lenguaje espontáneo caracterizado por mutismo, ecolalia, estereotipos verbales. En cuanto a las praxias, pese a que aparecen alteraciones en las primeras fases, no se hacen evidentes en las actividades básicas cotidianas. (Pelegrín, et al., 2003) En cuanto a la percepción se advierte agnosia visual en estadios avanzados y severos, así como también prosopoagnosia. Finalmente, las funciones ejecutivas se ven afectadas conforme avanza la degeneración. (Arango, et al., 2003; Peña-Casanova, 2002)

A continuación se presentan los criterios para el diagnóstico clínico de la EA (DSM-IV):



- A. La presencia de los múltiples déficit cognoscitivos se manifiesta por:
- (1) Deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar información aprendida previamente)
 - (2) Una (o más) de las siguientes alteraciones cognoscitivas:
 - (a) Afasia (alteración del lenguaje)
 - (b) Apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta)
 - (c) Agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos, a pesar de que la función sensorial está intacta)
 - (d) Alteración de la ejecución (p. ej., planificación, organización, secuenciación y abstracción)
- B. Los déficit cognoscitivos en cada uno de los criterios A1 y A2 provocan un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representan una merma importante del nivel previo de actividad.
- C. El curso se caracteriza por un inicio gradual y un deterioro continuo
- D. Los déficit cognoscitivos de los Criterios A1 y A2 no se deben ninguno a los siguientes factores:
- (1) Otras enfermedades del sistema nervioso central que provocan déficit de memoria y cognoscitivo (p. ej., enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Parkinson, corea de Huntington, hematoma subdural, hidrocefalia normotensiva, tumor cerebral).
 - (2) Enfermedades sistémicas que pueden provocar demencia (p. ej., hipotiroidismo, demencia de ácido fólico, vitamina B12 y niacina, hipercalcemia, Neurosífilis, infección por VIH)
 - (3) Enfermedades inducidas por sustancias
- E. Los déficit no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium
- F. La alteración no se explica por la presencia de otro trastorno de Eje I (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia)

4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Para hablar de los perfiles neuropsicológicos en la EA y la DS es preciso tener claridad en cuanto a los cambios cognitivos que comienzan a aparecer en las primeras etapas de estas patologías, en especial la memoria, dadas las posibles similitudes en el cuadro clínico. Por tal razón, algunos estudios se han centrado en establecer las diferencias de los perfiles neuropsicológicos entre estas dos entidades clínicas (Diehl, et al., 2005; Hodges, et al., 1999; Kramer, et al., 2003) y otros han intentado esclarecer las alteraciones que se producen en los diferentes procesos de la memoria (Seeley, et al., 2005; Graham, Hodges, 1997), con el objetivo de brindarle al clínico herramientas útiles para el establecimiento de diagnósticos diferenciales.

Diehl et al. (2005) realizaron un estudio cuyo objetivo fue distinguir la DFT, DS y EA, con medidas cognitivas que obtuvieron los pacientes en la evaluación con el CERAD-NAB (Consortio para Establecer un Registro de la enfermedad de Alzheimer-Batería

de Evaluación Neuropsicológica) y sobre la base de estos datos identificar subtest de la (CERAD-NAB) que contribuyan más a un diagnóstico diferencial. Este estudio estuvo compuesto por 133 pacientes; de los cuales 64 pacientes (40 hombres y 24 mujeres) fueron ampliamente examinados en la clínica de memoria de la Technische Universität de Munich, Alemania. Los sujetos fueron incluidos en el estudio si cumplían con los criterios de Lund- Manchester para DFT o DS y si el F-fluoro-2-desoxy-D-glucose medido mediante PET (Tomografía por Emisión de Positrones) era compatible con el diagnóstico clínico; de acuerdo con estos criterios, resultaron 51 pacientes (29 hombres y 22 mujeres) diagnosticados con DFT y 13 (11 hombres y 2 mujeres) con DS. Se incluyeron 69 pacientes con diagnóstico de probable enfermedad de Alzheimer teniendo en cuenta los criterios NINCDS-ADRA (Instituto Nacional de desórdenes neurológicos y comunicativos y accidente cerebrovascular). La gravedad de los síntomas fue similar en los tres grupos de acuerdo con la escala de CDR (Clasificación clínica de demencia) y los casos de demencia moderada o grave se excluyeron del análisis.

Los resultados del estudio en cuanto a las características demográficas evidenciaron diferencias significativas en la proporción de hombres en el grupo de la DS con respecto a los otros dos grupos; no hubo diferencia significativa en la escolaridad, se obtuvo una media en la puntuación del MMSE de 24 para todos los grupos, donde el 10 % de los pacientes en todos los grupos puntuaron por debajo de 20 puntos. Se hallaron diferencias estadísticamente significativas para los tres grupos en las pruebas de fluidez de animales y el test de nominación de Boston; el grupo de DS obtuvo bajo rendimiento en ambas pruebas en comparación con los EA y DFT; y los DFT mostraron un rendimiento más bajo en la prueba de fluidez Animal que los EA.

Se llevó a cabo un análisis de regresión logística para determinar la contribución de las variables del CERAD para la pertenencia a un grupo diagnóstico, considerando la edad, sexo y gravedad de la enfermedad como covariables. En el grupo de DS Vs. DFT se logró una clasificación correcta del 88,3%; sin embargo luego de incluir la fluidez animal el porcentaje de pacientes clasificados correctamente fue del 90,5%. Para el DFT VS. EA la discriminación sólo por la fluidez de animales fue del 77,8%; luego de corregir las clasificaciones incrementando la lista para recordar y el MMSE, se obtuvo hasta un 81,0% de clasificación correcta, encontrándose que una alta puntuación en la fluidez animal y una baja en la lista para recordar favorece al diagnóstico de EA. El grupo DS VS. EA en el test de nominación de Boston y el MMSE mostraban una correcta clasificación del 96,3%, evidenciándose que una alta puntuación en el test de Boston y una baja puntuación en el MMSE apuntaban a un Diagnóstico de EA.

Finalmente los autores concluyen que las pruebas neuropsicológicas breves empleadas en la clínica de memoria son útiles para diferenciar entre dos síndromes de la DFT y separar la EA, encontrándose que los pacientes con DS muestran más bajo rendimiento en la pruebas de fluidez animal y el test de nominación de Boston que los pacientes con DFT y EA; los DTF en comparación con EA tienen bajo rendimiento en la fluidez animal pero no en ninguna otra prueba del CERAD, lo cual es coherente con los resultados encontrados en otros estudios, al igual que los resultados bajos en la memoria episódica en la EA, pese a que en el estudio esto no obtuvo diferencias estadísticamente significativas, teniendo en cuenta que estos pacientes se encontraban en etapas tempranas; otro hallazgo importante es un típico patrón en la DS, donde se evidencia que en las primeras etapas se obtienen puntuaciones Bajas en el test de nominación de Boston y puntuaciones altas en el MMSE; mientras que en la EA en ambas pruebas se obtienen puntuaciones bajas. Los resultados del estudio demuestran que el MMSE combinado con subtest de lenguaje, el test de nominación de Boston, la fluidez de animales de CERAD-NAB es un instrumento valioso para el diagnóstico diferencial en las primeras etapas de la DS, DFT y la EA; sin embargo, es más importante la información de la historia del paciente y el cambio de comportamiento.

Por otro lado, Hodges, et al. (1999) realizaron un estudio con el objetivo de comparar a dos grupos de pacientes con DFT en su variante frontal (DF) y su variante Temporal (DS), con un grupo de pacientes con EA. Estos autores se plantearon cuatro hipótesis:

1. Que los pacientes con EA sin excepción debían presentar alteraciones en la memoria episódica; que las alteraciones en la memoria semántica deberían verse afectadas de diversas maneras en etapas tempranas, evidenciándose importantes déficit en las tareas exigentes como la fluidez de categorías; en comparación con los otros grupos, las habilidades visoespaciales presentarían mayor alteración y en las pruebas de lectura de palabras aisladas, memoria a corto plazo estuvieran relativamente preservadas.
2. Que los pacientes con DS tuvieran mayor deficiencia en la memoria semántica con resultados bajos en pruebas verbales y no verbales, y la memoria episódica estuviera preservada, así como las habilidades visoespaciales y memoria a corto plazo.
3. Que las funciones de memoria semántica de los pacientes con DF se encontrarían normales a excepción de los resultados en las pruebas de tareas ejecutivas con exigencias marcadas en categorías de fluidez fonológica. Que al igual que los pacientes con DS muestren preservadas las habilidades visoespaciales y memoria a corto plazo.
4. Que hubiera un deterioro desproporcionado en la categoría de fluidez por categorías en la DS y en la fluidez fonológica en la DF.

La muestra empelada en el estudio fue de un total de 36 sujetos distribuidos de la siguiente manera: 9 con EA, 9 personas con DS, 9 con DF, y un grupo control sin patología de 9 personas. La evaluación de todos los casos incluyó un informe de la historia clínica, examen físico, pruebas

neuropsicológicas, para-clínicos de rutina, resonancia magnética y SPECT. (Tomografía por emisión de positrones). Para el grupo de DF los pacientes debían presentar un informe de 2 a 4 años basado en una historia de cambio progresivo en la personalidad, comportamiento con al menos cinco características como pérdida de la visión, desinhibición, apatía, agitación, labilidad emocional, aislamiento social; se emplearon los criterios para DFT de Gregory y Hodges 1993, 1996 que son similares a los de Lund and Manchester. Para el grupo de DS tuvieron una historia de 2 a 5 años que presentaban pérdida progresiva del vocabulario, que afectaba el lenguaje receptivo y la fluidez del habla, al igual que cumplir con los criterios ya mencionados. El grupo de EA se seleccionó de 50 pacientes que fueron sometidos a una evaluación neuropsicológica longitudinal con un diagnóstico de probable EA empleando los criterios del NINCDS-ADRDA; y los 9 pacientes del grupo control se seleccionaron de la Investigación Médica Consejo de Cognición y Ciencias del Cerebro de la Unidad.

Los resultados obtenidos en la prueba NART (Test de lectura para Adultos), mostraron diferencias significativas en la puntuación baja en la DS ($p < .001$). No se evidenció otro tipo de diferencias intergrupo, es decir grupo control, EA y DF; las puntuaciones bajas por parte de la DS en la NART, reflejan la dislexia de superficie. Las habilidades visoespaciales y la memoria a corto plazo fueron conservadas en todos los grupos. En la copia de Rey hubo diferencias en los grupos ($p < .02$), evidenciando un deterioro equivalente en la EA y la DFT. En el ANOVA se mostraron importantes resultados en cuanto a la evocación ($p < .0001$) revelando que la DS y la EA eran los más perjudicados con la distribución en general.

En la prueba F.A.S se encontraron efectos significativos, ($p < .0001$), en los que la DS y la DF eran los más afectados. En la batería semántica se encontraron efectos significativos en las subpruebas como la fluidez de categorías ($p < .0001$) en el que el rendimiento de la DS era el más bajo de todos los grupos. Se empleó el ANOVA para explorar la relación entre la fluidez de categorías y letra, entre los grupos de DS y DF encontrándose efectos significativos de grupo ($p < .01$), y condición, ($p < .001$), al igual que una interacción altamente significativa, ($p < .001$), reflejando una diferencia marcada en la fluidez de categoría y un rendimiento similar en fluidez por letra. Por último la única alteración significativa en las pruebas para detectar déficit semántico se encontró en el grupo de DS ($p < .0001$), la tarea de descripción colocó en evidencia los déficit en los grupos de la EA y DS; en la clasificación de imágenes los grupos de DF y DS mostraron bajos rendimientos en relación con los grupos normales ($p < .02$)

Los autores concluyen que como se había predicho hubo grandes diferencias entre los grupos, estableciéndose un perfil distintivo para cada uno; confirmando que la EA puede ser diferenciada en las primeras etapas de la DFT al igual que sus subtipos entre sí. Partiendo de la *primer hipótesis* planteada se puede decir que en el perfil neuropsicológico de la EA en sus etapas iniciales se evidencian alteraciones predominantemente en la memoria episódica, encontrándose déficit sutiles en cuanto a las habilidades visoespaciales y en lo relativo con la memoria semántica se observan alteraciones en la categoría de fluidez verbal y denominación. En la *segunda hipótesis* se puede concluir que las principales características de la DS son las alteraciones en la memoria semántica, la categoría de fluidez, la

anomia severa, la pérdida de los conocimientos semánticos verbales como no verbales; se encuentra preservada la fonología y aspectos sintácticos del lenguaje, las habilidades visoespaciales, la memoria de trabajo y hay una dislexia de superficie. Es importante señalar que la ejecución en la evocación de historias, de los pacientes con DS y EA es baja, debido a que se hace necesaria la capacidad de codificar, almacenar y evocar, en la que se requiere tanto la memoria episódica como la semántica. En la *hipótesis 3* se encuentran diferencias significativas en cuanto al desempeño en las subpruebas de la batería semántica, pues la DS obtuvo un puntaje bajo en casi todas las subpruebas, a diferencia de la DF que sólo puntuó bajo en algunas, así el grupo DF obtuvo un bajo rendimiento en las prueba de copia lo cual estaba relacionado con la organización y planificación. Finalmente, la *hipótesis 4* en la que se observa que las pruebas de fluidez de categorías y de letra es una tarea compleja en la que se activan procesos de atención, inhibición, separación y auto-monitoreo; evidenciándose un mayor impacto en la fluidez de categorías en la DS y un mayor deterioro en la fluidez fonológica en la DF.

Kramer et al. (2003) llevaron a cabo un estudio en 65 sujetos que pretendía evaluar las habilidades superiores por medio de una batería neuropsicológica para discriminar entre la EA, DFT y la DS. Se identificaron 21 pacientes con demencia frontal (11 hombres y 10 mujeres; media MMSE = 25,0), 14 pacientes con demencia semántica (8 hombres y 6 mujeres; media MMSE = 23,6) y un grupo de 30 pacientes diagnosticados con probable enfermedad de Alzheimer, de acuerdo con los criterios del NINCDS ADRDA.

Las diferencias estadísticamente significativas se encontraron en la memoria verbal ($P < 0,001$) y memoria visual ($P < 0,001$). Tanto la EA y DS se afectaron significativamente todos los dominios con relación al grupo de DFI. Los pacientes con DFT presentaron alteraciones en la prueba de regresión de dígitos ($P < 0,01$) y significativamente más errores en las funciones ejecutivas que los pacientes con EA y DS ($P < 0,05$). El grupo de EA y DS no difiere en estas 2 variables. Los pacientes con DS se vieron significativamente más afectados en el test de Boston que los pacientes con EA y DFT ($P < 0,001$). No se encontraron diferencias en las medidas de fluidez, aunque se observó una tendencia no significativa ($P = 0,08$) para la fluidez de categorías, al igual que para el razonamiento abstracto $P = 0,06$ y modificado laberintos ($P = 0,09$). No se evidenció diferencia respecto a la copia o la habilidad de cálculo. La clasificación correcta de los casos fue del 87,7% en comparación con los grupos con 26 de 30 de EA (86,7%), 19 de los 21 casos de DFT (90,5%), y 13 de 14 casos de DS (92,9%) fueron correctamente clasificados.

En conclusión, los autores plantean que las principales diferencias neuropsicológicas entre estos tres tipos de demencia son los dominios de la memoria episódica, las funciones ejecutivas, y el lenguaje. Encontrándose mayor alteración en la memoria visual y verbal en la EA, en la DFT las disfunciones ejecutivas y la denominación en la DS presumiblemente por su alteración semántica. La alta tasa de clasificación correcta posibilita establecer la diferenciación entre los dos tipos de síndromes de la DFT y la EA, sugiriendo que el rendimiento cognitivo en las pruebas neuropsicológicas complementan la evaluación de los diagnósticos en casos complejos. La no diferencia en las

pruebas de copia entre los grupos de EA y DFT refleja la preservación de esta habilidad en etapas tempranas de la EA y la falta de atención y organización que presentan los pacientes con DFT.

Igualmente, Graham y Hodges (1997), para probar que las habilidades de aprendizaje y las formas de condicionamiento simple son independientes de la estructura del lóbulo temporal medial, llevaron a cabo dos experimentos: en el primero se realizó una investigación de la amnesia de la memoria autobiográfica en pacientes con probable EA y pacientes con DS, y en el segundo experimento se realizó un estudio de caso único de la memoria autobiográfica en un paciente con DS.

Para el experimento 1, se emplearon 18 participantes de los cuales 6 tenían EA (4 hombres y 2 mujeres), 6 con DS (3 hombres, 3 mujeres) y un grupo control de 6 (3 hombres y 3 mujeres). Los pacientes fueron estudiados longitudinalmente durante 3 años, durante este tiempo se le aplicaron diferentes pruebas neuropsicológicas. Se encontró un perfil con una disminución progresiva para adquirir nuevos aprendizajes tanto verbales como no verbales; el conocimiento semántico, las habilidades visoespaciales se encontraron preservadas, sin embargo con el tiempo se desarrollaron déficit leves en el conocimiento semántico y en las habilidades visoespaciales, reflejando dificultades en la fluidez de categorías, y la copia de la figura de Rey. Por su parte, los pacientes con DS en el estudio longitudinal mostraron una disminución progresiva y severa en el conocimiento semántico, se encontraban orientados y al igual que los pacientes con EA mostraban una ejecución normal en la resolución de problemas.

A todos los participantes se les aplicó una versión revisada de la entrevista de memoria autobiográfica (AMI), esta prueba evalúa el componente semántico y el componente de información autobiográfica, de tres periodos de la vida: la infancia, la adultez y eventos recientes; los resultados mostraron en el componente semántico una mala ejecución de los grupos de EA y DS en comparación con el grupo control ($p < .001$), el periodo de tiempo significativo en la EA, fueron los eventos de la infancia y la adultez temprana ($p < .001$); mientras que los pacientes con DS evidenciaron una diferencia significativa en las tres épocas de la vida, en la infancia, adultez temprana y los eventos recientes ($p < .001$). Para el componente biográfico de la AMI, hubo una interacción significativa entre el periodo de tiempo y el grupo de sujetos, ($p < .001$); los pacientes con EA evidenciaron mejores recuerdos de los periodos de la infancia, ($p < .05$) en comparación con los recientes de la vida ($p < .05$). Los pacientes con DS obtuvieron un mejor rendimiento para recordar los eventos recientes en comparación con los de la infancia y la adultez temprana, sin mostrar ningún tipo de diferencias entre estas dos últimas ($p = 0.38$).

Las conclusiones del primer experimento muestran que los pacientes con EA presentan un deterioro temporal en el componente autobiográfico de la prueba, evidenciado en la facilidad para recordar eventos pasados y las dificultades para los recuerdos recientes; el declive que se presenta en los pacientes con DS, parece producir una mayor información de los eventos recientes en comparación con los recuerdos de su infancia y la adultez temprana. Con estos resultados obtenidos en la AMI se puede concluir que las estructuras del hipocampo y el neocórtex desempeñan distintas funciones de la memo-

ria en el proceso de almacenamiento a largo plazo.

Por otra parte, en el experimento 2, se incluyó un paciente con demencia semántica y tres pacientes control. A todos ellos se les aplicó una versión modificada de la Galton-Crovitz (prueba que evalúa la memoria autobiográfica) y no se mostraron diferencias significativas en los cuatro periodos de tiempo por parte del paciente con DS en comparación con el grupo control, ya que producía recuerdos menos detallados; en el análisis post hoc se evidenció que 11 de los 15 recuerdos emitidos por el paciente con DS eran de los últimos dos años y sólo un bajo porcentaje pertenecían a periodos más lejanos de la vida de este. Los autores llegan a la conclusión con este experimento que los pacientes con DS muestran una mayor preservación de los recuerdos autobiográficos de los últimos 5 años. Con este resultado se apoya la idea que las estructuras del lóbulo temporal medial no almacenan los recuerdos durante largos periodos de tiempo, como decenios.

Las conclusiones a nivel general apuntan a que los pacientes con DS muestran una diferencia en el declive habitual del síndrome amnésico, es decir, se evidencia que la preservación de la memoria autobiográfica se limita a aproximadamente 2 años o más; apuntando a que la recuperación de los últimos recuerdos puede ser vulnerable a posibles daños en el hipocampo. Por otra parte, se puede señalar que la amnesia anterógrada que pueden presentar estos pacientes se da como resultado de la patología temporal medial. Los autores también proponen que la relación de la memoria autográfica y semántica, es una propuesta polémica pero que deberían plantearse más estudios frente a ella. Así mismo, se concluye que los pacien-

tes con EA muestran un patrón habitual de alteración en la memoria reciente.

Seeley et al. (2005) realizaron un estudio cuyo objetivo fue investigar los primeros síntomas y el momento de aparición de los síntomas posteriores en pacientes con DS izquierda versus derecha. Para el estudio se tomaron 58 pacientes con diagnóstico de DFT de la base de datos del Centro de Memoria y envejecimiento (MAC), todos fueron evaluados por un neurólogo, enfermera y neuropsicólogo con una batería neuropsicológica que evaluó la memoria episódica, memoria de trabajo, función ejecutiva, fluidez, denominación, memoria semántica, sintaxis, habilidades visoespaciales y razonamiento abstracto; también se empleó el inventario neuropsiquiátrico (NPI). Se escogieron 20 sujetos control (10 hombres y 10 mujeres con una edad media de 66,8 años) ninguno de los controles tenía antecedentes neurológicos o psiquiátricos. Se realizó resonancia magnética y se realizaron los respectivos análisis comparando las imágenes de los grupo control y se empleó un puntaje Z para la clasificación de acuerdo con la región en cada paciente; de los 58 pacientes seleccionados clínicamente con DFT, 25 reunieron los criterios para DS, luego fueron designados como DSI (Demencia semántica Izquierda) o DSD (Demencia Semántica Derecha), teniendo en cuenta la base del lóbulo temporal más afectada; sólo se encontraron 6 pacientes con DSD y de los restantes 19 pacientes con DSI, seis fueron elegidos para representar este grupo, los otros 13 pacientes con DSI no fueron incluidos en el análisis.

Los resultados evidenciaron que la duración media de los síntomas no difiere entre ambos grupos, (DSI 7,4 años, SD 3,9, rango de 3 a 12,5; DSD 6,6 años, SD 2,9, rango

de 2,5 a 10,5); la comprensión se ve reducida en DSI pero no en DSD en comparación con el grupo control; en ambos grupos se evidenció un bajo rendimiento en el test de Boston con un mayor déficit en DSI; mientras que los pacientes con DSD mostraron un bajo rendimiento en la copia en comparación con los DSI. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la pruebas de NPI. Los resultados en cuanto al volumen de la región afectada muestran que en ambos grupos el lóbulo temporal ipsilateral estadísticamente fue el más atrofiado en comparación con otras regiones, el lóbulo temporal contralateral e ipsilateral amígdala. En cuanto a los primeros síntomas de la DS se observó que 4 de los 6 pacientes con DSD y en 1 de los 6 con DSI presentaban una perturbación aislada en el comportamiento; en dos de los pacientes (uno por cada grupo) presentaban síntomas relacionados con la pérdida del conocimiento semántico, como dificultades para encontrar las palabras, reducción en la comprensión y repetición de palabras en el discurso. Y los síntomas conductuales observados en la enfermedad fueron: depresión, irritabilidad, apatía, insomnio, falta de apetito, entre otros. También se encontró que cinco de los pacientes cuya enfermedad se inició con la pérdida semántica por sí sola, el comportamiento surgió después de un intervalo medio de 3,8 años. Por el contrario, en los casos donde el inicio de la enfermedad fue con síntomas exclusivos de comportamiento, la pérdida semántica se dio 3,2 años.

Los autores concluyen que cuando la enfermedad comienza con la pérdida semántica, el lóbulo temporal izquierdo es notablemente más afectado, mientras que, cuando el síntoma inicial es el comportamiento, los cambios se relacionan con una degeneración del

lóbulo temporal derecho. Sin embargo, pese a estas diferencias iniciales después de una media aproximada de 3 años, el segundo síntoma puede ser comportamiento o alteración semántica. Los autores afirman que los síntomas pueden presentarse con mayor gravedad cuando la atrofia se presenta de forma bilateral. En similitud con los resultados de otros estudios, en el presente se confirma que, parece ser que la DSI tiene una mayor prevalencia, casi el triple en comparación con la DSD, por esta razón los autores plantean que los procesos de este lóbulo temporal deberían ser más estudiados debido a su vulnerabilidad.

Finalmente, es importante reconocer que los estudios emplean baterías neuropsicológicas completas que son sensibles a la memoria semántica, además de incluir otras pruebas

que permiten medir las funciones cognitivas diferentes a memoria, lo que posibilita diferenciar el deterioro en cada una de las patologías, en todas sus áreas; también es importante resaltar la rigurosidad con la que fueron evaluados los sujetos que iban a ser incluidos en las investigaciones, ya que emplearon métodos de alta tecnología como el SPECT, Resonancia Magnética. Sin embargo, es importante tener en cuenta que en los estudios, no se hizo referencia a la evaluación de las agnosias, considerando que la DS presenta prosopagnosia o algún grado de agnosia visual, formando también parte del perfil neuropsicológico; Además se debe tener en cuenta que el número reducido de la muestra alteraría los resultados en cuanto a las comparaciones, lo que limitaría el grado de generalización.



AUTORES	OBJETIVO	SUJETOS	INSTRUMENTOS	CONCLUSIONES
Graham, Hodges, (1997)	Probar que las habilidades de aprendizaje y las formas de condicionamiento simple son independientes a las estructuras del lóbulo temporal medial	Para el experimento 1: se empleó un total de 18 pacientes; 6 con EA, 6 con DS y 6 controles normales. Para el experimento 2: 1 paciente con DS y 3 sujetos control.	Experimento 1: una versión revisada de la entrevista de memoria autobiográfica (AMI), Resonancia Magnética, una batería Neuropsicológica (no especificada) Experimento 2: Galton-Crovitz	Los pacientes con EA, presentan un deterioro temporal en el componente autobiográfico de la prueba, evidenciado en la facilidad para recordar eventos pasados y las dificultades para los recuerdos recientes. El decive que se presenta en los pacientes con DS, parece producir una mayor información de los eventos recientes en comparación con los recuerdos de su infancia y la adultez temprana. Con estos resultados obtenidos en la AMI se puede concluir que las estructuras del hipocampo y el neocórtex desempeñan distintas funciones de la memoria en el proceso de almacenamiento a largo plazo.
Hodges, et al., (1999)	Comparar a dos grupos de pacientes con DFT en su variante frontal (DF) y su variante Temporal (DS) con un grupo de pacientes con EA.	9 personas con EA, 9 personas con DS, 9 con DF, y un grupo control de 9 personas. Para un total de 36 sujetos.	El test de lectura para adultos (NART), la escala de memoria de Wechsler-R, la escala de memoria lógica de Wechsler-R, la figura de REY, F.A.S y la batería semántica de Hodges, Patterson (1992), SPECT	En conclusión, el estudio confirma que la demencia semántica es fácilmente diferenciable de las otras enfermedades, incluyendo la variante frontal de DFT, siempre y cuando la evaluación incluya una batería de pruebas sensibles a la memoria semántica. EA también pueden ser diferenciadas de ambas formas de FTD por la presencia de graves déficit en la memoria episódica teniendo un mayor grado de preservación en la memoria semántica y alteraciones en las habilidades espaciales en las primeras etapas.
Kramer, et al., (2003)	Evaluar las habilidades superiores por medio de una batería neuropsicológica para discriminar entre la EA, DFT y la DS.	21 pacientes con demencia frontotemporal, 14 pacientes con demencia semántica, y 30 pacientes con enfermedad de Alzheimer; para una muestra total de 65 sujetos.	El test de aprendizaje de California (forma corta), el test denominación de Boston, la figura de Rey, una modificación del test de Trail-Making Test,	La DS, la EA y la DFT están relacionados con diferentes perfiles neuropsicológicos que pueden clasificarse con un considerable éxito. Los perfiles neuropsicológicos evidencian alias distinciones entre estos tres síndromes, que son compatibles con la neuropatología y que pueden servir como complemento para los criterios diagnósticos.
Diehl, et al., (2005)	Distinguir la DFT, DS y EA, con medidas cognitivas que obtuvieron los pacientes en la evaluación con el CERAD-NAB (Consorcio para Establecer un Registro de la enfermedad de Alzheimer-Batería de Evaluación Neuropsicológica) y sobre la base de estos datos identificar subtest de la (CERAD-NAB) que contribuyan más a un diagnóstico diferencial.	51 pacientes con demencia frontotemporal, 13 con demencia semántica, y 69 con la enfermedad de Alzheimer. Para un total de 133 sujetos.	MMSE, CERAD-NAB, Test denomination de Boston, Fluidez de animales, Copia de Figuras, lista de palabras (a corto mediano y largo plazo) reconocimiento	Las pruebas neuropsicológicas breves empleadas en la clínica de memoria son útiles para diferenciar entre dos síndromes de la DFT y separar a EA. Los pacientes con DS muestran un bajo rendimiento en las pruebas de fluidez animal y el test de nominación de Boston que los pacientes con DFT y EA. En comparación con EA, los DTF tienen bajo rendimiento en la fluidez animal pero no en ninguna otra prueba del CERAD.
Seeley, et al., (2005)	Investigar los primeros síntomas y el momento de aparición de los posteriores en pacientes con DS izquierda versus derecha.	Se escogieron 20 sujetos control (10 hombres y 10 mujeres con una edad media de 66,8 años), 6 pacientes con RTL y 6 con LTLV para un total de 32 sujetos.	MMSE, la figura de Rey, CVLT-MS 30-s free recall, CVLT-MS 10-min free recall, Digit span backward, Modified trails no. of lines/min, Stroop, diseño de cubos, Fluidez fonética, fluidez semántica, Test de Boston, comprensión de frases, Cálculo - Resonancia Magnética.	Cuando la enfermedad comienza con la pérdida semántica, el lóbulo temporal izquierdo es más notablemente afectado, en cambio, cuando el síntoma inicial es el comportamiento, los cambios se relacionan con una degeneración del lóbulo temporal derecho.

5. CONCLUSIONES

- Se puede plantear que por medio de baterías neuropsicológicas, que incluyan pruebas sensibles a la función de la memoria, junto con otras subpruebas que evalúen funciones diferentes a ésta, es posible establecer la diferencia entre la EA y la DS en etapas tempranas, por lo tanto se puede evidenciar un perfil neuropsicológico distintivo para cada uno de estos síndromes. Además, se debe tener en cuenta una buena entrevista que permita obtener el mayor número de datos posibles en cuanto al inicio de los síntomas y cambios en la historia del paciente, lo que contribuye a obtener claridad en el momento de identificar otra de las características para dar luz al diagnóstico diferencial, la cual es la edad de aparición de los primeros síntomas, ya que el inicio de los cambios en la DS le preceden casi una década a los síntomas de la EA, y es entonces cómo, a partir de estos elementos se llegaría al establecimiento de diagnósticos adecuados.
- Según lo evidenciado en diferentes estudios, los pacientes con DS presentan diferencias estadísticamente significativas en las pruebas de fluidez de Categorías, aunque muestran un mejor desempeño en la fluidez fonológica. También es posible observar que las habilidades visoespaciales se encuentran preservadas en comparación con los pacientes con EA. Un típico patrón de los pacientes con DS es que en etapas tempranas presentan puntajes relativamente altos en el MMSE, y puntuaciones bajas en el test de Boston; mientras que los pacientes con EA obtienen puntuaciones bajas en el MMSE y presentan un mejor rendimiento en el test de Boston.
- En lo relacionado con la memoria autobiográfica, los pacientes con EA presentan mayor facilidad para recordar eventos pasados y dificultades para los recuerdos recientes; mientras que los pacientes con DS tienden a recordar con mayor facilidad los eventos de su historia reciente mostrando grandes alteraciones para recordar hechos del pasado; por lo tanto, si los pacientes con DS son más vulnerables a perder el registro o el recuerdo autobiográfico de etapas como infancia y la adultez temprana, entonces esto podría estar relacionado de manera directa con la pérdida del conocimiento semántico, ya que éste se aprende en periodos tempranos de la vida de una persona.
- Se podría pensar que pese al daño que se puede presentar en las estructuras del hipocampo y neocórtex en la EA, éste no es tan grave como el que se presenta en la DS, lo que podría justificar la diferencia en las alteraciones de la memoria semántica que se da en ambas patologías.
- A pesar de que los estudios llegan al consenso en cuanto a que las alteraciones en la memoria semántica se presentan en ambas patologías de manera similar, es posible la diferenciación de los perfiles neuropsicológicos; sin embargo aún no hay claridad en cuanto a las características de las alteraciones clínicas de la memoria semántica en ambos tipos de demencia; en este orden de ideas queda un aspecto sin resolver en la similitud relacionada con la alteración en la memoria y es ¿Qué elementos o aspectos de la memoria semántica se encuentran alterados tanto en la DS como en la EA? Y ¿clínicamente como puedo diferenciar dichas alteraciones entre la DS y la EA?

6. RECOMENDACIONES

- Se recomendaría la elaboración de estudios clínicos que se encarguen de determinar las características en la alteración de memoria en cuanto al tipo de fallas que se presentan, pues aún no hay estudios con resultados claros en cuanto a si

las fallas que se presentan son de definición o conceptuales, lo que contribuiría a tener una mayor claridad en si el problema es que ¿no hay un acceso al almacén semántico?, o si es que ¿los conceptos han desaparecido? Y si es así, cómo diferenciar estas dos situaciones en la DS y la EA.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBERCA, R., (2002) Manifestaciones clínicas de la enfermedad de Alzheimer. En R. Alberca & S. López-Pousa (Eds.), *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias* (2ª ed.) (pp 233-250). Madrid: Médica panamericana.
- ALBERCA, R., (2002) Signos neurológicos en la enfermedad de Alzheimer. En R. Alberca & S. López-Pousa (Eds.), *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias* (2ª ed.) (pp 269-276). Madrid: Médica panamericana.
- ARANGO, J.C., FERNÁNDEZ, S. (2003) La enfermedad de Alzheimer. En R. Alarcón, (Ed.), *Las demencias: aspectos clínicos, neuropsicológicos y tratamiento*. México: Manual moderno.
- APA, (2002). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- BRENDAN, J., KELLEY, M.D., RONALD, C., PETERSEN. (2007) Alzheimer's disease and mild cognitive impairment. *Neurol Clin*; 25:577-609.
- CASTELLVI, M., MOLINUEVO, J.L., BLESA, R. (2003) Demencia frontotemporal. En R. Alarcón, (Ed.), *Las demencias: aspectos clínicos, neuropsicológicos y tratamiento*. México: Manual moderno.
- CUMMINGS, J. L. & BENSON, D. F. (1992). *Dementia: A clinical approach*. Butterworths, 2.
- DAVIES, R.R., HODGES, J.R., PATTERSON, K., HOLLIDAY, G.M., JILLIAN, J., XUEREH, J.H. (2005) The pathological basic of semantic dementia. *Brain*; 128:1984-1995
- DIEHL, J., MOSCH, A.V., AEBIC, S., WAGENPFEIL, S., KRAPP, S., GRIMMER, T., SEELEY, H., FORSTL and KURZ. (2005). Frontotemporal Dementia, semantic dementia, and alzheimer's disease: the contribution of standard neuropsychological test to differential diagnosis. *J geriatri psychiatry nuerol*, 18:39-44.
- EDWARDS-LEE, T., BRUCE, L., MILLER, D., BENSON, F., JEFFREY, L., CUMMINGS, GERALD, L., RUSSELL, BONE, K., MENA, I. (1997). the temporal variant of de frontotemporal dementia. *Brain*, 120: 1027-1040.
- FRANK, A. (2002). Demencias vasculares: concepto y calsificación. En R. Alberca & S. López-Pousa (Eds.), *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias* (2ª ed.) (pp. 469-482). Madrid: Médica panamericana.

GRAHAM, K.S., HODGES, J.R. (1997). Differentiating the roles of the hippocampal complex and the neocortex in long-term memory storage: evidence from the study of semantic dementia and Alzheimer's disease. *En: Neuropsychology* 11(1): 77-89.

HODGES, J.R., PATTERSON, K., GARRARD, P., PERRY, R., BAK, T., GREGORY, C. (1999): the differentiation of semantic dementia and frontal lobe dementia (temporal and frontal variants of frontotemporal dementia) from early Alzheimer's disease: comparative neuropsychological study. *Neuropsychology*; 13:31-40

IRAGORRI, A.M., (2007) Demencia frontotemporal, *Revista colombiana de psiquiatría*, Vol. 36 Suplemento 1.

KERTESZ, A., MUÑOZ, D. (2002) Frontotemporal Dementia. *Med Clin N Am*, 86: 501-518.

KRAMER, J.H., JURIK, J., Sha, S.J., RANKIN, K.P., ROSEN, H.J., JOHNSON, J.K., MILLER, B.L. (2003) Distinctive neuropsychological patterns in frontotemporal dementia, semantic dementia, and Alzheimer disease. *En: Cogn. Behav. Neurol.* 16 (4) 211-218.

LÓPEZ-POUSA, S. (2002). Definición y epidemiología de la enfermedad de Alzheimer. *En R. Alberca & S. López-Pousa (Eds.), Enfermedad de Alzheimer y otras demencias (2ª ed.) (pp147-156). Madrid: Médica panamericana.*

LÓPEZ DE MUNAIN, A., (2002) La enfermedad de Alzheimer genéticamente determinada. *En R. Alberca & S. López-Pousa (Eds.), Enfermedad de Alzheimer y otras demencias (2ª ed.) (pp147-156). Madrid: Médica panamericana.*

MANNING, C. (2004) Beyond memory: neuropsychologic features in differential diagnosis of dementia. *Clin Geriatr Med*; 20: 45-58.

MILLER, B., VISCONTAS, I. (2007) Frontotemporal Dementia. *Continuum Lifelong Learning Neurol*; 13(2):87-108.

MONTAÑES, P., CANO, C., PEDRAZA, O., PEÑALOSA, M., RUBIANO, L.D., GAMEZ, A., MORENO, A., PLATA, S. (2003) Demencia no-Alzheimer: variante frontal de la demencia frontotemporal, *Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y geriatría*, Vol. 17 No4.

MONTAÑES, P., RUBIANO, L., CANO, C., (2005) Fluidez verbal en pacientes con enfermedad de Alzheimer: un análisis trasversal y longitudinal, *Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y geriatría*, Vol. 19 No 3.

MUMMERY, C.T., PATTERSON, K., PRICENT, C.J., ASHBUERNER, J., FRANCKOWIAK, R.S.J., HODGES, R. (2002) A voxel-based morphometry study of semantic dementia: relationship between temporal lobe atrophy and semantic memory. *Ann nuerol*; 47:36-45

NEARLY, D., SNOWDEN, J.S., GUSTAFSON, L., PASSANT, U., STUSS, D., BLACK, D., FREEDMAN, M., KERTESZ, A., ROBERT, P.H., ALBERT, M., BOONE, K., MILLER, B.L., CUMMINGS, J., BENSON, D.F. (1998) Frontotemporal lobar degeneration. A consensus on clinical diagnostic criteria. *Neurology*; 51:1546-1554.

O' NEILL, S., ANDREOTTI, V. (2006) Demencia semántica, una enfermedad de muchas palabras, *Rev. Neurol*; 43 (11): 685-689

PELEGRÍN, C., FERNÁNDEZ, S., MORENO, E. & ARANGO, J. (2003). Diagnóstico diferencial de las demencias. En R. Alarcón, (Ed.), *Las demencias: aspectos clínicos, neuropsicológicos y tratamiento*. México: Manual moderno.

PEÑA-CASANOVA, J., (2002) Exploración neuropsicología en la enfermedad de Alzheimer. En R. Alberca & S. López-Pousa (Eds.), *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias* (2^a ed.) (pp 213-231). Madrid: Médica panamericana.

ROBLES, A., (2002) Demencia Semántica. En R. Alberca & S. López-Pousa (Eds.), *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias* (2^a ed.) (pp 393-406). Madrid: Médica panamericana.

SEELEY, W.S, BAVER, A., MILLER, B.L., GORNOTEMPIN, M.L., KRAMER, J.H., WEINER, M., ROSEN, H.J. (2005) The natural history of temporal variant frontotemporal Dementia. *Neurology*.;64:1384-1390

TAKEUCHI, Y. & GUEVARA, J. (1999). Prevalencia de las enfermedades neurológicas en el Valle del Cauca (Estudio Neuroepidemiológico Nacional (EPINEURO)). Colombia: Colombia Médica: Vol. 30, 2, 74-81 .