

UNA INVESTIGACIÓN NEUROPSICOANALÍTICA SOBRE LOS
TRASTORNOS DELIRANTES

A neuropsychanalytical research about delirious disorders

Huberto Bogaert García*

RESUMEN

La paranoia es un trastorno caracterizado por un sistema delirante estable y persistente que, en muchos casos, deja intacta gran parte de la personalidad del paciente, permitiéndole un grado considerable de adaptación social. Muchos tipos de disfunción cerebral pueden provocar trastornos delirantes. Las lesiones en la región perisilviana derecha trastornan la capacidad del paciente para establecer relaciones adecuadas con los objetos, las cuales regresan a nivel del narcisismo. Los pacientes con lesión en el hemisferio derecho, fijados en su narcisismo, son incapaces de contrastar sus delirios con la realidad, así como también de realizar el trabajo normal de duelo. Dada la extensión con que la estructura psicodinámica de los paranoicos se asocia con la de los pacientes con lesión en el hemisferio derecho, podemos afirmar que una perturbación en esa área del cerebro está en el origen de la paranoia.

PALABRAS CLAVES

Paranoia, región perisilviana derecha, narcisismo.

Paranoia is a disorder characterized by a stable and persistent delusional system which, in many cases, leaves much of the personality intact, allowing a considerable degree of social functioning to persist. Many types of brain dysfunction may result in delusional disorders. Damage to the right pensylvian region undermines the patients' ability to represent the relationship between self and objects accurately. The patients' object relationships regress to the level of narcissism. Right hemisphere patients, stuck in their narcissism, cannot test their phantastic misconception against the perceived reality, and they cannot undertake the normal work of mourning. Given the extend in which the psychodynamic structure of paranoiacs associates with that of patients with right-hemisphere damage, we can assert that a disturbance of this brain area is at the origin of paranoia.

* Psicólogo clínico, psicoanalista y profesor del Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC),
Área de Ciencias de la Salud.
E-mail: hubertobogaert@yahoo.com

KEY WORDS

Paranoia, right perisylvian region, narcissism.

INTRODUCCIÓN

La paranoia se denominó “trastorno delirante” en el DSM III R, en 1987, y posteriormente en el DSM IV, en 1994. Este trastorno crónico se caracteriza por la presencia de un sistema delirante estable y persistente que, en muchos casos, se da en una personalidad con una adaptación social relativamente aceptable¹. El delirio, no obstante, se impone al sujeto, y resiste todo intento por contradecirlo lógicamente². Las alucinaciones pueden presentarse; pero, cuando ocurren, usualmente tienen una temática congruente con la creencia delirante.

Se describen diferentes subtipos de paranoia, considerando los delirios de este trastorno crónico: delirio de grandeza, delirio de celos, delirio de persecución, delirio erotomaníaco, delirio somático, entre otros no específicos o que resultan de la combinación de los tipos anteriores.

La paranoia no es un trastorno secundario a un trastorno mental orgánico o al abuso de una sustancia psicoactiva. Es un trastorno primario caracterizado por la presencia de delirios muy persistentes que no interfieren con el razonamiento lógico general —excepto en lo concerniente al delirio— ni perturban el comportamiento del paciente en muchos aspectos de su vida, excepto si dicho comportamiento se relaciona directamente con la creencia delirante. Sin embargo, existe un marcado sentido de autorreferencia que convierte a muchos eventos, insignificantes para la mayoría de las personas, en hechos extremadamente significativos.

Este trastorno afecta a hombres y mujeres en una proporción semejante; y, generalmente, empieza en la adolescencia o en la adultez. La personalidad

¹ Munro, A., *Delusional disorder. Paranoia and related illnesses*, Cambridge University Press, New York, 2006, P. 45.

² Swanson, D. W., Bohnert, P. J. y Smith, J. A., *El mundo paranoide*, Labor, Barcelona, 1974.

premórbida se caracteriza algunas veces por el aislamiento social, aun cuando el proceso no es incompatible con el matrimonio y con un desenvolvimiento laboral ininterrumpido.

La aparición del trastorno puede ser aguda o gradual. En este último caso, resulta difícil de establecer si la conducta es mórbida, en razón de que, en algunos sujetos, el delirio puede permanecer oculto en el marco de las creencias compartidas por el grupo religioso a que pertenecen. El paciente puede oscilar entre creencias delirantes —que se acompañan de alteraciones del humor, afectos irracionales y diferentes grados de inadaptación— y modos normales de pensamiento, que se acompañan de un humor estable, afectos racionales y adaptación a la vida social.

I. Investigación Neuropsicoanalítica sobre los Trastornos Delirantes

En este artículo presentamos una investigación sobre los trastornos delirantes, diseñada desde la perspectiva neuropsicoanalítica. Esta investigación pretende:

1. Establecer la estructura psicodinámica de la paranoia, en tanto trastorno delirante primario (no secundario a un trastorno mental orgánico conocido, ni al abuso de sustancias psicoactivas).
2. Explorar la estructura psicodinámica de los pacientes con trastornos delirantes orgánicos provocados por las lesiones en la región perisilviana derecha y perisilviana izquierda.
3. Comprobar si existe una analogía estructural entre la paranoia y los trastornos delirantes orgánicos provocados por lesiones en la región perisilviana derecha.

El objetivo de esta investigación es:

1. Situar neuroanatómicamente la disfunción que está en el origen de la paranoia, en tanto trastorno delirante primario.
2. Explicar la paranoia desde el punto de vista neuropsicoanalítico.

1. MÉTODO

Esta investigación clínica sobre los trastornos delirantes es un estudio empírico que parte de la siguiente hipótesis exploratoria: los pacientes que padecen accidentes cerebrovasculares en la región perisilviana derecha presentan una “analogía estructural” con los pacientes paranoicos.

Diferentes factores orgánicos pueden determinar la aparición de síntomas paranoicos. Con frecuencia, una lesión cerebral provoca cambios en la personalidad del paciente, quien deviene particularmente suspicaz e irritable. También se ha constatado una asociación entre el alcoholismo y la aparición de delirios de celos³. Muchas enfermedades sistémicas, trastornos cerebrales estructurales y sustancias tóxicas provocan síntomas delirantes⁴. Diferentes autores han descrito síntomas paranoicos inducidos por la cocaína⁵. Sin embargo, nuestro propósito al diseñar la investigación no fue establecer asociaciones entre factores orgánicos y síntomas, sino, por el contrario, asociaciones entre estructuras.

La aproximación descriptiva del diagnóstico, que se centra en los síntomas y en la conducta observable, es insuficiente. Un enfoque estructural toma en cuenta las características intrapsíquicas e interpersonales, así como la relación entre los diversos síntomas, la calidad de las relaciones objetales y la integración de la personalidad del paciente. El análisis estructural, que considera las relaciones objetales interiorizadas y los diversos niveles de organización del funcionamiento mental, estudia la dimensión inconsciente de los conflictos.

El enfoque estructural enfatiza la naturaleza relacional de la psique, concebida como intersubjetiva e intrasubjetiva; como un sistema en el que cada unidad se constituye en virtud de sus diferencias con las otras unidades;

³ Michael, A., Mirza, S., Mirza, K. A. H., Babu, V. S. y Vithayathil, E. Morbid jealousy in alcoholism, en *Br. J. Psychiat.*, 1995, 167: 668-672.

⁴ Webb, W., Paranoid conditions seen in psychiatric medicine, en *Psychiat. Med.*, 1990, 8: 37-48.
Gorman, D. G. y Cummings, J. L., Organic delusional síndrome, en *Sem. Neurol.*, 1990, 10: 229-238.

⁵ Baker, F. M., Cocaine psychosis, en *J. Nat. Med. Ass.*, 1988, 81: 1987-1000.
Satel, S. L. y Edell, W. S., Cocaine-induced paranoia and psychosis-proneness, *Am. J. Psychiat.*, 1991, 148: 1708-1711.

como un conjunto covariante de elementos que no interactúan sobre la base de sus propiedades intrínsecas, sino en virtud de las posiciones respectivas que ocupan en el conjunto.

La muestra estuvo integrada por pacientes neurológicos y psiquiátricos estudiados mediante la entrevista psicodinámica. Los pacientes neurológicos fueron previamente evaluados con el método anatomoclínico, así como con técnicas de neuroimagen como la tomografía axial computarizada y la resonancia magnética. La entrevista psicodinámica es un instrumento metodológico que sirve para evaluar la estructura psíquica de los pacientes, tanto neurológicos como psiquiátricos, poniendo de manifiesto las resistencias psicodinámicas y los procesos mentales que subyacen a dichas resistencias.

La muestra de la investigación estuvo compuesta por 15 pacientes paranoicos, 15 pacientes más con lesión en el área perisilviana derecha y la misma cantidad de pacientes con lesión en el área perisilviana izquierda. Los pacientes psiquiátricos eran paranoicos, adultos de ambos sexos —ocho hombres y siete mujeres— que fueron remitidos a la consulta psicológica con el objeto de ser evaluados.

Tanto los pacientes psiquiátricos como neurológicos fueron entrevistados en el marco de una exploración psicodinámica. Los pacientes paranoicos se analizaron hasta que se estableció la estructura paranoica. Posteriormente se analizaron los pacientes afectados por lesiones neurológicas. Los pacientes neurológicos que integraron la muestra eran adultos de ambos sexos⁶ con lesiones en las áreas perisilviana derecha y perisilviana izquierda. Se les dio prioridad a estas áreas porque están implicadas en la manifestación de síntomas que, de acuerdo con nuestra experiencia y la opinión de diferentes autores, son análogos a los síntomas paranoicos.

⁶ Entre los pacientes neurológicos de la muestra —30 en total—, los 15 con lesión en el área perisilviana derecha eran siete mujeres y ocho hombres; y los 15 con lesión en el área perisilviana izquierda eran siete hombres y ocho mujeres.

⁷ Kaplan-Solms, K. y Solms, M., *Clinical studies in neuro-psychoanalysis. Introduction to a depth neuropsychology*, Karnac Books, London, 2000, P. 197.

En ese sentido, los pacientes con lesión en el área perisilviana derecha tienen dificultad para manejar la ambivalencia; y padecen trastornos de las relaciones objetales, afectadas por la regresión y la escisión del objeto⁷. De acuerdo con Flor-Henry⁸ y Cummings⁹, las lesiones en el área temporal izquierda están asociadas con trastornos delirantes.

2. RESULTADOS

Los pacientes psiquiátricos de la muestra, después de ser explorados; pusieron de manifiesto una estructura paranoica caracterizada por:

1. El narcisismo. Los pacientes paranoicos mostraron regresión al narcisismo indiferenciado —el cual precede al narcisismo calificado—, caracterizado por la agresividad y el transivismo, la ambivalencia y la escisión del objeto.
2. La disociación de la imagen del cuerpo. Los pacientes paranoicos manifestaron una disociación del esquema corporal en lo concerniente al contenido y al sentido, afectando lo que Pankow¹⁰ denomina la segunda función de la imagen del cuerpo.
3. La forclusión. La represión primaria que funda lo inconsciente fracasa; y una fijación previa desde el punto de vista del desarrollo, promueve la desarticulación del orden simbólico.

En la paranoia hay una relación entre la parte y el todo; mientras en la esquizofrenia esa relación no existe. La paranoia supone una fijación en el narcisismo indiferenciado; y la esquizofrenia, en el autoerotismo. Mientras el autoerotismo es preescópico, el narcisismo es escópico.

⁸ Flor-Henry, P., Schizophrenic-like reactions and affective psychosis associated with temporal lobe epilepsy: etiological factors, en *Am. J. Psychiat.*, 1969, 126: 400-404.

⁹ Cummings, J. L., Organic delusions: phenomenology, anatomical correlations, and review, en *Br. J. Psychiat.*, 1985, 146: 184-197.

¹⁰ Pankow, G. *El hombre y su psicosis*, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1974, P.P. 18-19.

El primer afecto psíquicamente ligable es el dolor, el cual se relaciona con la pérdida. Mientras los afectos que preceden al dolor están asociados al olfato, al tacto y a la cenestesia —sentidos diferentes al de la vista, y pertenecientes a la esfera preescópica del contacto—, el dolor es psíquicamente ligable porque está vinculado a una percepción visual que es generadora de una huella mnémica¹¹.

Con el narcisismo, surge el deseo y la demanda, el amor y el odio. El narcisismo indiferenciado se caracteriza por la agresividad y el transivismo, la ambivalencia y la escisión del objeto. En las psicosis, el fracaso de la represión primaria o forclusión se explica porque una condición previa desde el punto de vista del desarrollo promueve la desarticulación del orden simbólico y la disociación de la imagen del cuerpo.

En el caso de la esquizofrenia, esa condición previa es característica de lo originario; y afecta la primera función de la imagen del cuerpo. En el caso de la paranoia, es característica de lo imaginario, y afecta la segunda función de la imagen del cuerpo. Por esa razón, la paranoia implica una regresión al narcisismo indiferenciado, esencialmente imaginario. Los paranoicos evitan la regresión autoerótica mediante el recurso a la defensa delirante.

Con respecto a los pacientes neurológicos, mientras las lesiones del hemisferio izquierdo producen trastornos de diferentes aspectos del lenguaje, los daños en el hemisferio derecho producen trastornos de la cognición espacial. Sin embargo, las lesiones en el hemisferio derecho no solo afectan la cognición espacial. Además de la apraxia constructiva y de la desorientación topográfica, se dan la negligencia y la anosognosia, síntomas que no pueden reducirse a la cognición espacial.

Evaluamos 15 pacientes con lesiones en diferentes partes de la región perisilviana derecha, lesiones consistentes en accidentes cerebrovasculares que provocaban trastornos en la personalidad, las emociones y las motivaciones de los sujetos. Entre estos pacientes, cinco tenían lesiones en la región temporoparietal derecha y 10 en el área fronto-temporoparietal derecha.

¹¹ Mélon, J., *Analyse du destin, psychanalyse et psychiatrie*, en *Recherches théorico-cliniques en Analyse du Destin*, en *Cahiers des Archives Szondi*, 1984, 7: 91.

Los síntomas cognitivos y emocionales que se asocian con las lesiones de la región perisilviana derecha caen en tres categorías:

1. Anosognosia. Es la falta de conciencia de la existencia de un miembro paralizado. En su forma extrema, constituye una negación delirante de la enfermedad; y, en los casos menos extremos, ocurre la anosodiaforía, en la que los pacientes asumen una actitud de indiferencia emocional ante sus déficits. Aun cuando no los nieguen, no se sienten afectados por los mismos.
2. Negligencia. Estos pacientes tienden a ignorar el lado izquierdo del espacio, incluyendo la parte de este ocupada y representada por su cuerpo, a pesar de que son capaces de percibirlo en el nivel sensorial. Una forma motora de negligencia es la hemiacinesia, en la que el paciente no usa el brazo izquierdo, a pesar de que, como instrumento, puede moverlo.

Cuando los pacientes con negligencia son obligados a prestar atención al lado izquierdo de su cuerpo —por ejemplo, mediante el recurso al espejo—, muestran un rechazo que a veces se organiza como un odio psicótico hacia el brazo o la pierna izquierda. Se trata del trastorno denominado misoplejía, que consiste en una paradójica forma de negligencia en la que los pacientes se obsesionan con el lado izquierdo de sus cuerpos, en vez de ignorarlos.

En los casos agudos, a veces ocurre que, cuando los miembros paralizados son presentados de manera que los sujetos son forzados a reconocer su existencia, ellos insisten que no les pertenecen y prefieren creer que son del examinador, aun cuando esto conlleve que el examinador tiene miembros de más. Este síntoma coincide con la anosognosia, y algunos autores denominan esta combinación de anosognosia y negligencia “delirio somatoparafrénico”.

3. Trastornos de la percepción espacial. Asumen varias formas:
 - a) Apraxia constructiva o incapacidad para organizar apropiadamente los objetos en el espacio;
 - b) Apraxia al vestirse o pérdida de la capacidad para vestirse apropiadamente;

- c) Amnesia topográfica o incapacidad para representar o recordar relaciones espaciales entre elementos distribuidos topográficamente;
- d) Dificultad para reconocer rostros o emociones faciales.

Entre los pacientes neurológicos investigados, solo en los afectados por lesión en el área perisilviana derecha, encontramos una estructura análoga a la de los pacientes paranoicos. Estos pacientes manifestaron una disminución de las relaciones con el objeto total, como consecuencia de una regresión narcisística. Además, fueron incapaces de recurrir a los procesos normales de duelo para tratar con las pérdidas.

Los resultados obtenidos conducen a pensar que la integridad de la región perisilviana derecha es una condición para que se den ciertas funciones psicológicas profundas. Esa parte del cerebro es un componente crucial del sustrato neuroanatómico de las catexis del objeto total. Las lesiones en la región perisilviana derecha destruyen las representaciones del objeto total y resultan en una pérdida de la capacidad para articular las actitudes fundamentalmente ambivalentes hacia el otro, porque provocan una regresión de la libido al narcisismo indiferenciado. La integridad de la región perisilviana derecha normalmente garantiza la instauración del narcisismo calificado.

La región perisilviana derecha se especializa en la cognición espacial y es un vehículo para las catexis del objeto total, lo que sugiere que existe un lazo entre los aspectos espaciales y los emocionales relacionados con el objeto total.

El cerebro integra señales separadas en el espacio y en el tiempo, y configura objetos totales. La actividad de las zonas heteromodales corticotalámicas se corresponde con la representación del objeto total. El yo inconsciente está compuesto por representaciones de cosa, mientras el yo consciente está compuesto por representaciones de palabra. El yo es un sistema situado entre el mundo exterior y el ello. Las percepciones modifican el ello; y es en la corteza posterior del hemisferio derecho —en las zonas heteromodales corticotalámicas— donde se crean configuraciones asociativas complejas, correspondientes a las representaciones de cosa que configuran el objeto total.

La estructura paranoica —caracterizada por la disociación de la imagen del cuerpo, la forclusión y la fijación narcisista— es análoga a la estructura de cinco pacientes orgánicos con lesión en el área perisilviana derecha. Estos pacientes mostraron trastornos delirantes que también pusieron de manifiesto, ante la exploración psicoanalítica, la existencia de disociación de la imagen del cuerpo, forclusión y fijación narcisista.

Sin embargo, los otros pacientes orgánicos de la muestra (10 de un total de 15) no mostraron una analogía estructural con la paranoia. Cinco fueron diagnosticados “melancólicos” y cinco presentaron un “trastorno narcisista reactivo”. No obstante, estos 10 pacientes comparten con los paranoicos primarios —no orgánicos— y con los “paranoicos” —orgánicos— la fijación narcisista; y cinco de ellos —los “melancólicos”— comparten con los paranoicos primarios la fijación narcisista y la forclusión.

Estos resultados nos llevan a pensar que la región perisilviana derecha se asocia con trastornos que suponen una fijación narcisista. No obstante, a pesar de que tienen en común esa fijación, es necesario explicar sus diferencias. En ese sentido, la explicación es psicodinámica. La melancolía conlleva la disociación del yo y la introyección de la agresividad; mientras la paranoia conlleva la disociación del objeto —correlativa a la disociación de la imagen del cuerpo— y una proyección de la agresividad. En la melancolía, se da un delirio de autoacusación que supone la introyección de la instancia punitiva; mientras en la paranoia se da un delirio de persecución, de grandeza, de celos, erotomaniaco, etc., que supone la proyección de la instancia punitiva. Los pacientes paranoicos y los melancólicos tienen en común —además de la fijación narcisista— una especial dificultad para realizar el trabajo del duelo.

Los pacientes con “trastorno narcisista reactivo” —cinco en total— muestran un narcisismo frágil y susceptible o distante y egocéntrico. Estos pacientes no aceptan las emociones depresivas, ni los pensamientos asociados a las pérdidas y a la dependencia. Pero, a diferencia de los “melancólicos”, cuyas defensas contra la depresión fracasan, estos pacientes reprimen sus emociones, razón por la cual surgen síntomas de falta de atención e hipoemotividad.

Todos los pacientes con lesión en el área perisilviana derecha mostraron una aparente pero consistente indiferencia ante los déficits del lado izquierdo de su cuerpo, lo que se correspondía con una supresión de la tristeza que era exitosa en el caso de los pacientes “paranoicos” y fracasaba en los pacientes “melancólicos”. La exploración psicodinámica puso de manifiesto que, incluso en los pacientes con “paranoia” y con “trastorno narcisista reactivo”, eran suprimidas las verdaderas emociones con respecto a los déficits del lado izquierdo del cuerpo.

Mientras los pacientes con lesión en la región perisilviana derecha son intolerantes con respecto a las emociones depresivas, así como con respecto a los pensamientos asociados a la pérdida y a la dependencia, los pacientes con lesión en la región perisilviana izquierda toleran las emociones depresivas. Mientras los pacientes con lesión en la región perisilviana derecha son incapaces de elaborar los sentimientos depresivos a través del proceso normal de duelo, los pacientes con lesión en el hemisferio izquierdo llevan a cabo el proceso normal de duelo.

Ahora bien, ¿cuál es la razón por la cual todos los pacientes con lesión en el hemisferio derecho fracasan en llevar a cabo el trabajo del duelo? Su fijación narcisista los conduce a preservar intacto su sí mismo omnipotente, mostrando una actitud de indiferencia con respecto a los déficits del lado izquierdo del cuerpo.

Finalmente, creemos que en la paranoia propiamente dicha, en el trastorno delirante primario, una disfunción del hemisferio derecho es la responsable de la fijación narcisista, mientras una perturbación parietal derecha estaría en la base de la disociación de la imagen del cuerpo. Esta perturbación de la imagen del cuerpo afectaría el acceso al orden simbólico y determinaría la forclusión que está en la base del delirio.

Para ilustrar los resultados, presentamos dos casos clínicos resumidos, uno de una paciente paranoica y otro de un paciente con lesión en el área perisilviana derecha.

I. C. es una mujer de 45 años que padece delirios de persecución y de celos. Ella está convencida de que su marido la engaña con la secretaria. A su

juicio, ambos quieren asesinarla poniéndole veneno en los alimentos. Cree que, en la calle, la gente se burla de ella, porque su rival la ha predispuesto con todo el mundo.

El esposo de C. afirma que nunca le ha dado motivos a su esposa para que desconfíe de él. Reconoce que antes de que C. padeciera trastornos mentales, lo celaba un poco con las mujeres con quienes él se relacionaba. Sin embargo, el verdadero problema comienza a partir del momento en que una tía le comenta que su esposo pasa demasiado tiempo con su secretaria. Al principio, C. solo presta atención al comentario, pero, después de cierto tiempo, se afirma plenamente su convicción delirante de infidelidad. C. logra que su esposo despida a la secretaria. No obstante, cuando la secretaria sale embarazada, C. sospecha que el responsable es su esposo.

A los 18 años, C. fue a vivir a Santo Domingo, a la casa de un tío materno. En ese momento, comienza a trabajar en una escuela; y, en ese lugar de trabajo, conoce a un hombre de más edad que ella con quien tiene su primera relación sexual. Posteriormente, inicia sus estudios universitarios de Medicina y, en la Facultad, conoce a su futuro esposo.

Las relaciones sexuales maritales eran insatisfactorias porque el esposo era un eyaculador precoz. Si alcanzaba el orgasmo, le resultaba poco intenso; y sólo lo lograba con la relación orogenital.

Las visitas al psicoanalista promueven el desarrollo de la transferencia. En ese contexto, C. afirma que la secretaria del psicólogo comenta que ella muestra gran satisfacción cuando se encuentra con el terapeuta. Incluso, C. llegó a sentirse acusada de tener relaciones sexuales con el psicoanalista.

Aunque este caso se corresponde con lo que Freud denomina “neurosis narcisista”, desde los primeros encuentros la paciente confiesa que experimenta hacia el terapeuta pensamientos negativos que no le pertenecen y que otros le envían; pensamientos ofensivos para el psicólogo e incompatibles con la moral de la paciente. El erotismo transferencial es atribuido a la influencia de fuerzas externas al sujeto; y, de ese modo, se produce una intrusión del delirio en la situación analítica. La señora C. tiene una transferencia fuerte e irreductible, en la que el delirio irrumpe y prevalece sobre la realidad.

Sin embargo, es necesario reconocer que se trata de una transferencia narcisista, ya que la señora C. está aferrada a su punto de vista y es incapaz de situarse en la perspectiva de los otros. Está convencida de que el analista debe darse cuenta de que otros actúan sobre ella, de conformidad con una proyección narcisista conocida como transitivismo. Además, la actitud frente al psicoanalista es muy ambivalente. Cree que él le envía pensamientos positivos y negativos; y está convencida acerca del poder adivinatorio del terapeuta con respecto a la conducta de ella.

II. P. es un hombre de 40 años con una lesión cerebral en la región perisilviana derecha. Una hemorragia subaracnoidea afecta el lóbulo frontal, el temporal y el parietal derechos.

Inicialmente, P. padece la típica secuela neuropsicológica de los accidentes cerebrovasculares del hemisferio derecho: negligencia, anosognosia y trastornos de la percepción espacial.

Cuando P. fue referido al psicoanalista, el neurólogo lo consideraba casi normal desde el punto de vista cognitivo. Desde el punto de vista físico, su déficit se limitaba a una hemiparesia, es decir, a una paresia que afectaba la mitad del cuerpo; una parálisis incompleta, leve y ligera, que afectaba su mano izquierda con síntomas de debilidad y torpeza, así como con paroxismos propios al crispamiento clónico.

El señor P. estaba obsesionado con su mano izquierda; la odiaba y se negaba a usarla. De igual modo, con respecto al psicoanalista, el paciente desarrolló una transferencia negativa, intensamente agresiva. Aunque tenía en general una actitud suspicaz y controladora, el síntoma psicológico de más importancia era el odio a su mano afectada por la paresis.

Esta mano era tratada como si fuera una parte de la realidad externa y no como una parte del propio cuerpo, como si no le perteneciera, como una parte repudiada del sí mismo, objeto de una creencia delirante. En ese sentido, P. procuraba sustituir la experiencia pasiva de la pérdida o el duelo de la mano por el repudio activo de la misma. Los dolorosos sentimientos y las ideas asociadas con la mano disfuncional fueron “repudiados” porque implicaban el reconocimiento de que él no era omnipotente; de que él era incapaz de cambiar una dolorosa realidad, cuyo duelo él era incapaz de hacer.

La mano parética representaba una herida narcisística intolerable. Por esa razón, su reacción ante ella fue expulsar la mano y los sentimientos negativos asociados con la pérdida fuera de la esfera de su sí mismo omnipotente, situándola en la odiada realidad externa, gracias a una fantasía delirante. En ese sentido, P. presenta un cuadro “paranoico”, basado en la forclusión.

Para P. el mundo está rígidamente escindido en bueno y malo. Todo lo malo es situado fuera incluyendo la parte indeseada del sí mismo. De igual modo, el paciente también trata al psicoanalista como a una madre negligente e incapaz de dedicarse exclusivamente a él, razón por la cual lo rechaza, en lugar de experimentar pasivamente el dolor de su dependencia, hasta hacer el duelo del mismo.

La parte del ego que representaba para P. imperfección y pérdida, fue transformada de un modo delirante en una parte del mundo exterior, mala y odiada. Gracias a este mecanismo de defensa, el señor P. evitaba reconocer que la mano parética constituía una limitación de su propio cuerpo que él debía asumir. La repudió y situó en el mundo exterior, para evitar que contaminara su sí mismo omnipotente.

La lesión física representó para P. una herida narcisística que suscitó una regresión, la cual conllevó el desligamiento de las pulsiones y la liberación masiva de los impulsos destructivos. Esto provocó una escisión tanto del objeto como del ego, en bueno y malo. El paciente expulsó el objeto malo interno —la parte mala de su ego escindido—, hacia la realidad externa odiada, con lo cual hizo su aparición un cuadro “paranoico”.

A partir de ese momento, el paciente experimentó el objeto malo como procedente del mundo exterior. Mediante el recurso a la forclusión, el señor P. evitó un trabajo del duelo absolutamente intolerable para él; y su “paranoia” fue una consecuencia de la forclusión o del repudio del componente odiado del objeto.

CONCLUSIÓN

Cinco pacientes neurológicos mostraron una analogía estructural con los pacientes psiquiátricos de la muestra. Esto nos conduce a pensar que la paranoia se asocia con una disfunción de la región perisilviana derecha. Sabemos que la paranoia conlleva una disociación de la imagen del cuerpo en lo concerniente al contenido y al sentido. También sabemos que los pacientes neurológicos de la muestra tuvieron lesiones que afectaron el lóbulo parietal derecho, entre otras áreas del hemisferio derecho.

Según Kandel, el lóbulo parietal está implicado en las sensaciones somáticas, en la formación de la imagen del cuerpo y en las relaciones de la imagen del cuerpo propio con el espacio extrapersonal¹². Las áreas parietales del hemisferio derecho están involucradas en el mantenimiento de la imagen del cuerpo. La corteza insular y la corteza parietal media son partes de la corteza somatosensorial. Según Damasio, la estructura del cuerpo está representada en la corteza somatosensorial, especialmente en la del hemisferio derecho¹³.

Lo somatosensorial se refiere a las sensaciones viscerales, vestibulares y musculoesqueléticas; de contacto, dolor y térmicas. El sistema somatosensorial incluye la corteza de la ínsula, la corteza S₂, y la corteza parietal media. La representación de los estados del cuerpo implica la participación del hipotálamo, el tallo cerebral y las regiones parietales. Estas regiones están situadas en ambos hemisferios, aun cuando el derecho es dominante con respecto a la imagen del cuerpo¹⁴.

Las áreas asociativas de la corteza parietal intervienen en el procesamiento de las sensaciones táctiles y kinestésicas, de los músculos profundos y de las articulaciones. Según Hecaen y Albert, las neuronas orbitales reciben *inputs* aferentes, procedentes de las áreas parietales, los cuales proveen la imagen

¹² Kandel, E. R., Schwartz, J. H. y Jessell, T. M., Principles of neural science, McGraw-Hill, New York, 2000, P. 9.

¹³ Damasio, A. R., Descartes' error. Emotion, reason, and the human brain, Avon Books, New York, 1995, P. 231.

¹⁴ Damasio, A. R., The feeling of what happens. Body and emotion in the making of consciousness, Harcourt, New York, 1999, P. 156.

del cuerpo, es decir, de la posición del cuerpo en relación con los objetos del entorno¹⁵. La imagen del cuerpo se constituye gracias a la participación de las áreas parietales del hemisferio derecho, el cual mantiene un sentido unificado y coherente del sí mismo.

Ahora bien, ¿qué ocurre en el desarrollo normal y qué eventos traumáticos podrían explicar el destino paranoico? Schore sugiere que, normalmente, los axones de las áreas sensoriales posteriores alcanzan las dendritas orbitofrontales, siguiendo una secuencia regular: axones olfativo-gustativos, térmicos, visuales y auditivos¹⁶. La mielinización de los axones también ocurre de un modo secuencial.

El sistema sensorial olfativo y el táctil maduran primero, seguidos por el visual y el auditivo. Estos últimos permiten un dominio sensorial jerárquico y la integración de los *inputs* sensoriales bajo el control orbitofrontal.

Entre diez y doce meses de edad, se establece el predominio de lo visual sobre lo kinestésico; y, a partir del primer año, los infantes muestran transferencia de modalidad cruzada desde lo táctil a lo visual. La transferencia de información a través de los sentidos posibilita la integración sensorial, y permite reconocer la identidad del objeto, aun cuando cambie el *input* sensorial. Cada modalidad sensorial puede informar acerca de los mismos rasgos del mundo externo. Por esa razón, la transferencia de modalidad cruzada contribuye con el desarrollo de la abstracción y de las habilidades representativas.

Gracias al aprendizaje de modalidad cruzada y a las transacciones diádicas socioafectivas características del período de entrenamiento tardío, surgen las representaciones de la madre “buena” y de la madre “mala”. Conviene señalar que el hemisferio derecho contiene áreas asociativas heteromodales más grandes que las del hemisferio izquierdo, y está más implicado en el establecimiento de la relevancia personal de un estímulo.

¹⁵ Hecaen, H. y Albert, M. L., *Human neuropsychology*, Wiley, New York, 1978.

¹⁶ Schore, A. N., *Affect regulation and the origin of the self. The neurobiology of emotional development*, Lawrence Erlbaum Associates, New Jersey, 1994, P. 304.

Schore¹⁷ sugiere que las representaciones más tempranas de la madre, correspondientes al período autístico, son modelos olfativo-táctilo-térmicos. Entre los dos y los nueve meses, durante el período simbiótico, esos modelos son suplantados por representaciones predominantemente kinestésicas. Luego, al inicio del período de entrenamiento¹⁸, prevalecen los modelos visuales, es decir, las representaciones presimbólicas del rostro emocionalmente expresivo de la madre.

La hiperactivación del componente mesocortical del circuito límbico dopaminérgico ventral tegmental parece sustentar el narcisismo propio del período de entrenamiento. Sin embargo, entre los 13 y los 17 meses, después que los circuitos dopaminérgicos se han desarrollado en una atmósfera de afectos positivos, la figura materna inhibe normalmente la conducta del niño, lo que estimula el crecimiento de los circuitos noradrenérgicos, los cuales regulan la actividad del sistema nervioso parasimpático. Este cambio de actitud de la madre —de figura tutelar a agente socializador— promueve la inhibición, lo que conlleva la producción de corticosteroides y la reducción tanto de los opiáceos como del factor liberador de corticotropina¹⁹.

Cuando la madre reinicia las transacciones visoafectivas con el hijo, la vergüenza es regulada y el vínculo de apego es recuperado. Esta reparación está mediada por la producción de endorfina, la cual es inducida por el factor liberador de corticotropina así como por la reactivación del circuito límbico dopaminérgico. Cuando la madre no regula la hiperexcitación del menor con la mediación de la vergüenza, la identificación con la figura materna resulta deficitaria. Sin embargo, el proceso de identificación también puede trastornarse cuando la cólera narcisística del hijo, provocada por la vergüenza excesiva, genera altos niveles de excitación. Relaciones inadecuadas entre la madre y el niño determinan un yo ideal deficitario y poco investido, porque trastornan la identificación de este con la omnipotencia fantaseada de la madre²⁰.

¹⁷ Ibid, P.P. 305-310.

¹⁸ Período que se extiende desde la aparición de la locomoción hasta los 18 meses.

¹⁹ Bogaert, H., Neuroanatomía del psiquismo y origen de la esquizofrenia, en *Ciencia y Sociedad*, Julio-Septiembre 2006, XXXI, (3): 375.

²⁰ Ibid, P. 376.

El contacto con la madre favorece la creación de interconexiones entre las áreas parietales y la corteza orbitofrontal. Como en los pacientes paranoicos ese contacto es deficiente durante la infancia, esa carencia afecta la constitución de la imagen del cuerpo. Los pacientes paranoicos tienen un esquema corporal que se disocia en lo concerniente al contenido y al sentido, afectando lo que Pankow denomina la segunda función de la imagen del cuerpo, la cual está asociada con la región perisilviana derecha.

BIBLIOGRAFÍA

- Baker, F. M., Cocaine psychosis, en *J. Nat. Med. Ass.*, 1988, 81.
- Bogaert, H., Neuroanatomía del psiquismo y origen de la esquizofrenia, en *Ciencia y Sociedad*, Julio-Septiembre 2006, XXXI, (3).
- Cummings, J. L., Organic delusions: phenomenology, anatomical correlations, and review, en *Br. J. Psychiat.*, 1985, 146.
- Damasio, A. R., *Descartes error. Emotion, reason, and the human brain*, Avon Books, New York, 1995.
- Damasio, A. R., *The feeling of what happens. Body and emotion in the making of consciousness*, Harcourt, New York, 1999.
- Flor-Henry, P., Schizophrenic-like reactions and affective psychosis associated with temporal lobe epilepsy: etiological factors, en *Am. J. Psychat.*, 1969, 126.
- Hecaen, H. y Albert, M. L., *Human neuropsychology*, Wiley, New York, 1978.
- Kandel, E. R., Schwartz, J. H. y Jessell, T. M., *Principles of neural science*, McGraw-Hill, New York, 2000.
- Kaplan-Solms, K. y Solms, M., *Clinical studies in neuro-psychoanalysis. Introduction to a depth neuropsychology*, Karnac Books, London, 2000.
- Mélon, J., Analyse du destin, psychanalyse et psychiatrie, en *Recherches théoricocliniques en Analyse du Destin*, en *Cahiers des Archives Szondi*, 1984, Michael, A., Mirza,

Huberto Bogaert García: Una investigación neuropsicoanalítica sobre los trastornos delirantes

S., Mirza, K. A. H., Babu, V. S. y Vithayathil, E., Morbid jealousy in alcoholism, en *Br. J. Psychiat.*, 1995, 167.

Munro, A., *Delusional disorder. Paranoia and related illnesses*, Cambridge University Press, New York, 2006.

Pankow, G. *El hombre y su psicosis*, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1974.

Satel, S. L. y Edell, W. S., Cocaine-induced paranoia and psychosis-proneness, *Am. J. Psychiat.*, 1991, 148.

Schore, A. N., *Affect regulation and the origin of the self. The neurobiology of emotional development*, Lawrence Erlbaum Associates, New Jersey, 1994.

Swanson, D. W., Bohnert, P. J. y Smith, J. A., *El mundo paranoide*, Labor, Barcelona, 1974.

Webb, W., Paranoid conditions seen in psychiatric medicine, en *Psychiat. Med.*, 1990, 8: 37-48.

Gorman, D. G. y Cummings, J. L., Organic delusional síndrome, en *Sem. Neurol.*, 1990, 10.

Recibido: 25/3/08

Aprobado: 11/6/08