

# **UN ESTUDIO PSICOANALÍTICO DEL SÍNDROME GRIPAL**

**Dr. Luis Chiozza, Dr. Gustavo Chiozza  
Lic. Dorrit Busch, Dr. Enrique Obstfeld  
Dr. Roberto Salzman y Lic. Gloria I. de Schejtman**

**Fundación Luis Chiozza  
Departamento de Investigación  
- MAYO 2001 -**

# SÍNTESIS DE LOS CONCEPTOS MÉDICOS SOBRE LA GRIPE

La gripe es una infección febril aguda de las vías respiratorias superiores, asociada a la presencia de un virus específico: el virus de la gripe o virus *influenza*<sup>1</sup>. Este virus forma parte de la familia de los ortomixovirus, caracterizada por su afinidad con las mucinas y por su gran variabilidad antigénica (Davis; Dulbecco; Eisen; y Wood 1970; Knez, 1996; Coto, 1996; y San Miguel, 1982).

## Generalidades sobre los virus.

La biología denomina *virus* a un grupo de agentes infecciosos que se caracterizan por su pequeño tamaño y su parasitismo intracelular obligado. Esta última condición se debe a que los virus carecen de los constituyentes necesarios para procesar y almacenar energía química propia y tampoco son capaces de sintetizar proteínas (Coto, 1996). Por este motivo estos agentes, para cumplir su ciclo y multiplicarse, emplean, a partir de la información contenida en el genoma viral, la maquinaria intracelular de la célula infectada.

Los virus están constituidos por una molécula de ácido nucleico (el genoma viral) que está asociada a una proteína, conformando ambas una nucleoproteína o nucleoide. El nucleoide está protegido por una cubierta proteica llamada cápside, conjunto que se denomina habitualmente nucleocápside. Dada su constitución proteica, la cápside será la responsable de las propiedades antigénicas de los virus. El ácido nucleico puede estar constituido por cadenas de ARN (ribonucleico) o de ADN (desoxirribonucleico) (Coto, 1996).

La cápside tiene la función de proteger el ácido nucleico y permitir la unión del virus con la membrana de las células que este infectará. En algunas familias de virus, como la de los mixovirus<sup>2</sup>, la cápside está recubierta por una envoltura lipoproteica que también posee propiedades antigénicas. En esta envoltura, junto con las lipoproteínas, se encuentran glicoproteínas, que son las que permiten la unión con los receptores de la célula huésped y se encuentran ancladas en la membrana a modo de espículas. En estos virus las funciones de la envoltura son

---

<sup>1</sup> La palabra "influenza", de origen italiano, también es utilizada en los países anglosajones para referirse a la gripe; así, aparece a menudo en la literatura médica en castellano a través de traducciones de trabajos originalmente escritos en inglés (Marín, 1991). El Diccionario Wahrig consigna que el nombre de esta enfermedad proviene de la creencia supersticiosa de que la enfermedad se producía por la "influencia" ejercida por los astros (Wahrig, 1982).

<sup>2</sup> El nombre *mixovirus* se refiere a virus con afinidad por las mucinas y fue propuesto originalmente para los primeros miembros del grupo, los virus de la influenza. Si bien actualmente se los clasifica como *ortomixovirus*, la bibliografía especializada utiliza ambas designaciones indistintamente.

similares a las de la cápside. La partícula vírica completa, capaz de infectar, se denomina virión (Carballal, 1996; Coto, 1996).

Reiteremos que, en última instancia, los virus no son otra cosa que una pequeña partícula de ácido nucleico al que se suman otras estructuras (principalmente proteicas) que lo protegen y le brindan capacidad infectante; por este motivo, el principal criterio de clasificación de los virus los divide en ARNvirus y ADNvirus.

Carballal (1996) señala que los virus pueden infectar a la mayoría de las especies vivientes, pero que *“la relación virus-huésped es claramente específica. Cada virus afecta solamente a un grupo bien definido de especies biológicas”* (pág. 7-8). Afirma, además, que en cada especie biológica la afinidad de un determinado virus se limita sólo a determinadas células. Esto se debe a que los virus “aprovechan” de un modo específico los receptores normalmente presentes en la membrana celular (pág. 7-8).

## **El virus de la gripe.**

El material genético del virus de la gripe consiste en una cadena de ARN que codifica dos tipos de proteínas; las proteínas internas que forman parte del nucleocápside, y las proteínas de la superficie viral que forman las espículas.

Las proteínas internas brindan las características que permiten hacer la clasificación general de los virus de la gripe en tipo A, tipo B y tipo C (Knez, 1996; Coto, 1996). El ordenamiento alfabético de estos subtipos corresponde a su importancia epidemiológica y clínica. Los virus del tipo A aparecen en seres humanos, equinos, porcinos, focas y aves domésticas y silvestres; en cambio, los del tipo B y C están asociados sólo a los humanos<sup>3</sup>.

Las proteínas de la superficie viral, denominadas *neuraminidasa* y *hemaglutinina*, desempeñan un papel importante en la acción infectante y tienen la propiedad de mutar rápidamente, evitando así que la inmunidad que desarrolla el huésped inutilice su capacidad de infectar. A esta capacidad se la denomina variabilidad antigénica.

La variabilidad antigénica que caracteriza a esta familia de virus explica que personas que han padecido esta enfermedad vuelvan a enfermarse, dado que sólo han quedado inmunizadas respecto de un tipo antigénico determinado. Si este tipo varía, la inmunidad lograda anteriormente, ahora resulta inútil.

---

<sup>3</sup> Según algunos autores (Knez, 1996 y Betts, 1995), es probable que el virus C forme parte de otro género pues posee una única proteína de superficie (llamada hemaglutinina-esterasa), que integra, en forma atenuada, los efectos de las dos proteínas de superficie que poseen los tipos A y B (Knez, 1996 y Coto, 1996).

Los textos consultados (San Miguel, 1982; Knez, 1996 y Coto, 1996) sostienen que el virus tipo A puede sufrir dos grados distintos de variación antigénica que afectan a las proteínas de superficie. Las modificaciones “menores” originarían las epidemias y las modificaciones “mayores” generarían las pandemias<sup>4</sup>.

Las variaciones menores dependen de una mutación espontánea del segmento ARN, que codifica la estructura de los antígenos hemaglutinina y neuraminidasa (especialmente del primero) mutación que se traduce en el cambio de un solo aminoácido o de unos pocos. Como el antígeno de la nueva variedad difiere parcialmente del anterior, los anticuerpos existentes en el sujeto resultan menos eficaces y la defensa inmunológica del organismo queda parcialmente comprometida. A partir de estos datos se procura explicar por qué las variaciones menores generan epidemias pero no pandemias.

Las variaciones mayores, en cambio, resultan de modificaciones importantes en la secuencia de los aminoácidos de la hemaglutinina y, menos frecuentemente, de la neuraminidasa. Tales modificaciones parecen supeditadas a una nueva ordenación de los segmentos del genoma viral<sup>5</sup>. Una modificación antigénica de este tipo daría origen a una nueva hemaglutinina o neuraminidasa provista de propiedades antigénicas completamente diferentes de las anteriores, por lo que, hasta cierto punto, podría hablarse de la aparición de una nueva cepa<sup>6</sup> del virus. Así, en el siglo XX han aparecido cinco hemaglutininas diferentes que los virólogos designan con símbolos específicos. En cuanto a la neuraminidasa, mucho más estable, sólo se ha registrado un cambio en ese período.

## Patogenia.

La gripe se transmite por contagio a través de los aerosoles originados por la tos y el estornudo llamados “gotitas de Flügge”. Si bien el virus puede sobrevivir en las partículas de los aerosoles bajo distintas condiciones climáticas, su estabilidad se ve favorecida por la temperatura ambiente baja (Betts, 1995). Si bien el contagio suele ser interhumano<sup>7</sup>, existen algunos estudios que sostienen que se podría producir un contagio del virus proveniente de la gripe porcina, equina o aviaria; según estos estudios estos animales podrían constituir un “reservorio interepidémico” de la enfermedad.

El virus ingresa al organismo por las vías aéreas y se deposita en la mucosa del tracto respiratorio superior. El mucus que caracteriza a estos tejidos tiene la

---

<sup>4</sup> Se denomina *epidemia* al brote de una misma enfermedad dentro de un determinado país o región; cuando el brote abarca varios continentes o una proporción significativa de la población mundial se lo denomina *pandemia*.

<sup>5</sup> Sin embargo, los autores señalan que también se ha sugerido, apoyándose en experiencias de laboratorio, que en la naturaleza podría ocurrir una recombinación espontánea de segmentos pertenecientes a los genomas del tipo A y de otros virus gripales zoonóticos (virus que infectan simultáneamente al hombre y al animal).

<sup>6</sup> En medicina se denomina *cepa* a una población de la misma especie que proviene de un ancestro común.

<sup>7</sup> Resulta interesante consignar que Betts (1995) afirma que es posible descubrir cuál fue el huésped anterior al actualmente infectado, debido a que la doble capa de lípidos de la envoltura del virus deriva de la membrana de la célula huésped anterior.

función de proteger a las células del epitelio contra las infecciones, pero en la infección gripal resulta “licuado” por la neuraminidasa. Si bien existen receptores celulares capaces de inactivar a la neuraminidasa, la otra proteína viral, la hemaglutinina, los destruye (Knez, 1996; Davis, Dulbecco, Eisen, Ginsberg y Wood, 1970; y Coto, 1996). Para penetrar la célula, el virus todavía debe vencer la barrera de los anticuerpos específicos elaborados por el organismo en infecciones anteriores. La capacidad de estos virus para variar su estructura antigénica (variaciones mayores y menores) les permite sortear esta barrera. Una vez vencidas todas las barreras el virus penetra en las células ciliadas del epitelio, donde inicia su replicación (Knez, 1996).

La replicación viral se produce en un período de tiempo que oscila entre cuatro y seis horas; cuando alcanza una concentración determinada, se rompe la membrana, la célula muere, y los nuevos virus quedan en libertad para invadir otras células. Una gran cantidad de virus libres que se eliminan del organismo pueden contagiar a otros individuos. Rara vez se encuentran virus gripales en el torrente sanguíneo o en otros órganos que no sean los que pertenecen al aparato respiratorio, por lo que se ignoran los mecanismos a través de los cuales el virus provoca las manifestaciones generales de esta enfermedad (San Miguel, 1982; Betts, 1995). Volveremos, más adelante, sobre esto.

Durante el período agudo de la gripe, las células epiteliales ciliadas de las vías respiratorias superiores son las primeras que se ven afectadas. La multiplicación viral seguida de la necrosis de las células infectadas produce una amplia descamación del epitelio respiratorio. Esta descamación produce las manifestaciones catarrales de las vías respiratorias, que son constantes (Davis, Dulbecco, Eisen, Ginsberg y Wood, 1970). Los productos residuales de esta descamación son absorbidos por el torrente sanguíneo y tienen un efecto pirógeno. A este efecto se le suma otro, producido por las glicoproteínas de superficie que constituyen las espículas virales (Pickering; Smith y Sweet, 1992).

En la respuesta del organismo frente a la infección gripal intervienen distintos mecanismos: a) la inmunidad celular específica, de aparición temprana, a través de la multiplicación de linfocitos T (en general, citotóxicos); b) la inmunidad humoral a cargo de anticuerpos circulantes –también aparecen anticuerpos en las secreciones nasales–; c) el interferón<sup>8</sup>, que aparece en las secreciones respiratorias, y d) una respuesta inflamatoria inespecífica (San Miguel, 1982).

No se sabe exactamente cuál de estos mecanismos defensivos es el responsable de la eliminación del virus, lo cual implica el cese de la replicación hacia el quinto día de comenzada la enfermedad. Cuando la infección es grave (gripe complicada), la eliminación del virus no se produce; en estos casos, el ritmo de la replicación viral es muy intenso y la cantidad de virus eliminados a través de las secreciones respiratorias es mayor (San Miguel, 1982).

---

<sup>8</sup> Los interferones son péptidos que promueven la actividad antiviral y protegen contra una amplia variedad de virus (Carballal y Oubiña, 1996).

## Clínica de la gripe.

El cuadro clínico, en su forma más típica<sup>9</sup>, aparece luego de un corto período de incubación que dura de dieciocho a treinta y seis horas –excepcionalmente alcanza las setenta y dos horas–, con un **comienzo brusco** y **fiebre** elevada (de 39 a 40 grados C.), a veces acompañada de escalofríos. Por lo general, esta fiebre persiste tres días (“fiebre de los tres días”), y sólo por excepción puede durar un día o prolongarse de cinco a siete días. La fiebre de esta enfermedad suele tener un comportamiento característico que se describe como “V” gripal; se mantiene alta el primer día, luego se produce un descenso brusco hacia el segundo día, para elevarse, nuevamente, al cabo de 12 a 24 horas; se mantiene un día más y cede definitivamente (San Miguel, 1982).

En general, el paciente presenta **cefaleas** que ceden en cuanto remite la fiebre. Aparecen **mialgias** intensas en las extremidades, especialmente en las pantorrillas y en la región lumbar, a veces acompañadas de **artralgias**. El enfermo se suele quejar de una **astenia** importante, de **molestias catarrales en las vías respiratorias** y de una **tos seca** que es constante, aunque al principio puede pasar desapercibida por la mayor relevancia de los otros síntomas (Davis, Dulbecco, Eisen, Ginsberg y Wood, 1970).

Hacia el final del período febril, la tos progresa; se hace persistente y molesta y puede estar acompañada de algún esputo mucoso. Este síntoma se prolongará durante la convalecencia. Suele registrarse también una cierta tumefacción de la mucosa nasal que dificulta la inspiración y se manifiesta a través de **estornudos** y una destilación abundante. También puede existir un discreto **enrojecimiento conjuntival con lagrimeo** y una congestión faríngea sin otras manifestaciones. En algunas ocasiones aparecen también **anorexia** y **náuseas** que, a veces, pueden provocar **vómitos**.

En ocasiones se registra un típico dolor en los músculos oculares (**dolor retroocular**) al efectuar movimientos laterales con la mirada. Si bien este síntoma no está presente en toda gripe, es tan característico de esta enfermedad que, cuando aparece, se lo considera patognomónico (San Miguel, 1982).

De no haber complicaciones, la gripe es una enfermedad de curso benigno que aparece en forma epidémica en cualquier época del año (aunque lo habitual es que se presente en las épocas frías). Cuando el cuadro clínico se complica el pronóstico deja de ser benigno y autolimitado; las manifestaciones más importantes de la gripe complicada son las pulmonares: la neumonía gripal

---

<sup>9</sup> La evolución clínica descrita corresponde tanto a la gripe asociada al virus A como al virus B; en el caso de la infección por virus C, las manifestaciones sintomatológicas son muy leves y hasta pueden no existir (San Miguel, 1982; Knez, 1996 y Coto, 1996).

primaria, que tiene su origen en el mismo virus y cuyo curso suele ser muy grave, y la neumonía gripal secundaria, por sobreinfección bacteriana. Dentro de las complicaciones también pueden presentarse encefalopatías virales (San Miguel, 1982). Cuando sobreviene una pandemia<sup>10</sup> es frecuente la aparición de complicaciones que suelen producir gran morbilidad y mortalidad.

## **Tratamiento de la gripe.**

No existe un tratamiento específico eficaz para la gripe. Solamente se puede aliviar el cuadro sintomático con paliativos para la fiebre, como antipiréticos, antihistamínicos y otras sustancias, además de las medidas generales de reposo, abrigo, etcétera. Los antivirales específicos para la gripe, como la amantadina, cuyo uso está aprobado en EEUU, o la rimantadina, aún no aprobada (Betts, 1995), actúan reduciendo aproximadamente en un cincuenta por ciento la duración de los síntomas, cuando se administran de veinticuatro a setenta y dos horas después del comienzo de la infección. Son más efectivas en sujetos jóvenes, y su acción consiste en la inhibición de la replicación del virus de la gripe A, interfiriendo con los virus no encapsulados tras haberse producido la infección de la célula. Estos antivirales pueden producir algunos efectos secundarios, como insomnio o mareos.

A pesar de las grandes campañas profilácticas de vacunación, la gripe resulta difícil de erradicar. Por la gran variabilidad antigénica de este virus, como dijimos, la protección de la vacuna solamente resulta eficaz para las cepas anteriores y no para la actual.

## **Consideraciones sobre el diagnóstico de la gripe.**

Dado el carácter benigno, breve y autolimitado de la enfermedad, habitualmente no se extreman las medidas para llegar a un diagnóstico de certeza. Tal diagnóstico supone la confirmación de la presencia del virus en las secreciones faríngeas mediante complejos y costosos métodos de laboratorio<sup>11</sup> que, por lo general, quedan reservados para casos especiales donde se busca constatar la presencia del virus en un determinado medio, determinar su tipo y evaluar su importancia epidemiológica.

En consecuencia, tanto en las epidemias como en los casos individuales, la

---

<sup>10</sup> En este siglo, por ejemplo, se produjeron pandemias en los años 1918, 1946 y 1977 (Knez, 1996 y Coto, 1996).

<sup>11</sup> Existen tres procedimientos para el diagnóstico, que son: a) el aislamiento del virus; b) la demostración del aumento de anticuerpos específicos; c) la presencia de antígenos específicos para el virus en las células de la mucosa respiratoria (Davis, Dulbecco, Eisen, Ginsberg y Wood, 1970).

mayoría de los diagnósticos no están comprobados sino que son diagnósticos presuntivos basados sólo en el cuadro clínico. En el contexto de una epidemia de gripe, la presencia del cuadro clínico descrito permite sospechar el diagnóstico con facilidad; sin embargo, en los casos aislados<sup>12</sup>, el cuadro clínico puede no ser suficiente para efectuar el diagnóstico diferencial con otras enfermedades dado que el conjunto de síntomas que se presentan en la gripe, sobre todo su forma de comienzo, se manifiesta también frente a otros agentes.

El dengue<sup>13</sup>, las infecciones producidas por enterovirus y las producidas por el virus sincicial respiratorio pueden presentar un cuadro clínico muy semejante al de la gripe (San Miguel, 1982; Libonatti y Tchoulamian, 1993 [1973]). La fiebre alta y las mialgias permiten distinguir a la gripe del resfrío común (producido por rinovirus) y de las infecciones por adenovirus. En estas últimas, además, el comienzo de la enfermedad es menos súbito y la fiebre no es tan alta. También puede confundirse el cuadro clínico de la gripe con enfermedades de origen no viral, como por ejemplo la fiebre Q producida por rickettsias<sup>14</sup>.

Dado que el conjunto de signos y síntomas que hemos descrito como típico de la gripe puede presentarse también en otras enfermedades, se suele utilizar la expresión “**síndrome gripal**” cuando no se dispone de un diagnóstico de certeza (Fattorusso y Ritter, 1963; Couch, 1984 y Wallace y Clyde, 1994). La bibliografía médica anglosajona (tan proclive a los neologismos) reserva el término *influenza-like syndrome* (o también *flu-like syndrome*) para cuando se tiene la certeza de que un cuadro clínico, semejante en todo al síndrome gripal, está producido por una causa diferente al virus de la gripe (por ejemplo, a la administración sostenida de interferón) (Hayden, 2000).

---

<sup>12</sup> Knez (1996) afirma que la confusión del diagnóstico en un período no epidémico a veces contribuye a la sobrenotificación de los casos de gripe. Sin embargo, dado que la presencia de una epidemia en curso es un dato orientativo, pero que no asegura la certeza del diagnóstico, nada impide pensar en la posibilidad de una sobrenotificación semejante aun durante las epidemias.

<sup>13</sup> El dengue es una enfermedad infecciosa producida por un arbovirus que aparece en forma de brotes epidémicos propagada por el mosquito *Aedes aegypti*. Se caracteriza por artromialgias y fiebre alta, y su curso suele ser benigno. También es llamada, entre otros nombres, “fiebre quebrantahuesos” o “de los siete días” (El Ateneo, 1992).

<sup>14</sup> Las rickettsias son consideradas bacterias incompletas cercanas a los virus.

## ESTUDIO PSICOANALÍTICO DEL SÍNDROME GRIPAL

En la mayoría de los síndromes los síntomas y signos que los constituyen poseen un encadenamiento fisiopatológico claro y conocido; cuando intentamos comprender desde el punto de vista psicoanalítico, las fantasías inconcientes implícitas en una determinada enfermedad somática, solemos apoyarnos en el encadenamiento fisiopatológico que da origen al conjunto de signos y síntomas de esa enfermedad. Así, por ejemplo, buscamos comprender primero el significado inconciente de la función insulínica (Chiozza y Obstfeld, 1991a [1990]) o tiroidea (Chiozza y colab., 1997c [1995]), para comprender luego, a partir de aquella fantasía, los demás aspectos que componen el cuadro completo de la enfermedad que investigamos.

De este modo, el órgano o más bien la función cuya alteración sostiene todo el encadenamiento fisiopatológico del cuadro, ocupa el papel central en nuestra investigación; esa función será el elemento cardinal del afecto desestructurado patosomáticamente (Chiozza, 1975b) y su momento de aparición ontogenético nos orientará hacia la primacía erógena en donde buscar el punto de fijación libidinal.

Sin embargo, de acuerdo con los textos médicos, en el caso de la gripe este encadenamiento, como vimos, parece aún no haberse esclarecido; en palabras de Dolin, *“a pesar de la frecuencia con que existen síntomas y signos generales, como fiebre, cefalea y mialgias, los virus gripales rara vez se descubren fuera del pulmón, incluida la corriente sanguínea, y la patogenia de los síntomas generales de la gripe sigue siendo desconocida”* (Dolin, 1994, pág. 948).

No disponer de un encadenamiento fisiopatológico nos obliga a emprender un camino diverso al habitual, buscando sin ese apoyo, desde una perspectiva psicoanalítica, un encadenamiento de significación para los diferentes signos y síntomas que componen el síndrome gripal.

Podemos comenzar considerando que el concierto de síntomas del síndrome gripal, de una manera deformada –patológica–, posiblemente expresa y al mismo tiempo encubre, un análogo concierto de sensaciones somáticas normales, experimentadas en un pasado traumático que hoy, en cada nuevo episodio de gripe, se repite al modo de una conversión mnémica (Breuer y Freud, 1895d).

Creemos hallar este concierto de sensaciones somáticas en el momento inmediatamente posterior al nacimiento; momento que la pediatría designa con el nombre de **período neonatal temprano**. Mientras que el período neonatal abarca las primeras cuatro semanas de vida extrauterina, el período neonatal temprano

finaliza con la caída del cordón umbilical, hacia el fin de la primera semana de vida postnatal (Albores, 1980) <sup>15</sup>.

Desde el punto de vista fisiológico, en este período se producen cambios muy significativos, dado que de ellos depende la adaptación a un nuevo medio, el cual exige una autonomía mayor. Habitualmente se suelen subrayar los cambios que atañen a la respiración, la nutrición y la circulación; pero no son menos importantes los que hacen a la adaptación neuromuscular a las nuevas condiciones gravitatorias y a la regulación de la temperatura corporal.

Todos los cambios fisiológicos mencionados deben llevarse a cabo en un contexto anímico signado por una particular vivencia que podríamos caracterizar como duelo por la pérdida del objeto con el cual, el ahora neonato, había compartido toda su anterior existencia fetal. Se trata de un proceso tan complejo desde el punto de vista psíquico como lo es desde el punto de vista fisiológico. El recién nacido no sólo debe duelar entonces la pérdida, sino que además deberá re-conocer un nuevo objeto; establecer con él un nuevo vínculo y re-encontrar, en la “madre-pecho” presente, a la “madre-umbilical” perdida<sup>16</sup>.

Lo que en términos fisiológicos se describe como adquisición de mayor autonomía, en términos anímicos bien puede describirse como un profundo cambio en el vínculo de objeto, que exige la realización de un duelo, el más importante quizás en la vida del recién nacido; el duelo por lo que hasta entonces fue el “único objeto de su vida”.

En otras palabras, el período neonatal temprano que, desde el punto de vista fisiológico, está caracterizado por los cambios que acontecen en los aparatos respiratorio, circulatorio, digestivo, neuromuscular, etcétera, está signado, desde el punto de vista anímico por cambios en las relaciones de objeto que, como veremos luego, se inician con la más significativa de las pérdidas, para concluir con la “salvación” del reencuentro.

Para poder comprender mejor tanto la cualidad de esta pérdida como el tenor de sus posteriores alcances (es decir, su cualidad traumática) debemos detenernos en la descripción del objeto perdido; aquél que hemos dado en llamar la “madre-umbilical”. Como detallaremos oportunamente, la caída del cordón umbilical hacia el séptimo día de vida extrauterina, que pone fin a este período de cambios adaptativos intensos, se presta adecuadamente para simbolizar el duelo por el objeto perdido.

---

<sup>15</sup> Otros autores prefieren los nombres de *precoz* (de 0 a 7 días) y *tardío* (de 7 a 28 días). También, siempre dependiendo de aquello que se quiera enfatizar, algunos hablan de un período *perinatal* englobando al período neonatal precoz con el período fetal tardío (Votta; Parada y colab., 1985).

<sup>16</sup> Obviamente, desde el punto de vista psíquico, esto es posible aún en los casos en los que la madre postnatal es una persona distinta a la madre prenatal (por ejemplo una madre adoptiva); aunque esta particular situación bien puede dificultar la tarea de reconocimiento del neonato.

## La vivencia de pérdida de la madre umbilical.

A partir del estudio psicoanalítico del psiquismo prenatal (Fodor, 1949; Rascovsky, 1960; Chiozza, 1970a) ha cobrado forma la representación de la imago materna propia del estadio fetal. En otra oportunidad, al estudiar los trastornos hepáticos considerándolos una regresión a un punto de fijación prenatal (Chiozza, 1970a), nos hemos ocupado de describir esta imago materna a partir, por ejemplo, de las cualidades propias de la placenta. En aquella oportunidad, interesados por los aspectos traumáticos que originaron la fijación en el estadio prenatal, hacíamos particular énfasis en las cualidades terroríficas y altamente persecutorias del objeto; así escribíamos: *“suponemos que esta imago es ‘difusa’, es decir ‘rodea’ y llega al yo desde todas las direcciones, sin una ubicación precisa en el espacio ni en el tiempo, lo cual puede engendrar en el yo la vivencia de encierro, de ‘estar metido en algo sin salida’”* (Chiozza, 1970h [1968], pág. 150).

Sin embargo, en el momento que ahora nos interesa, es decir el momento en que este objeto se halla definitivamente perdido, puede ocurrir que sus cualidades sean “defensivamente” idealizadas. ¿Acaso no lo afirma el poeta cuando dice que *“a nuestro parecer cualquier tiempo pasado fue mejor”* (Manrique, 1476, pág. 89)? Desde este particular punto de vista la madre-pecho del neonato aparece como un pobre sustituto frente a la madre-umbilical perdida.

Mientras que la madre-umbilical proveía en forma continua oxígeno y alimento, la madre-pecho sólo provee alimento y, además, lo hace en forma periódica. Mientras que la primera proveía la temperatura necesaria, la segunda, sentida como fría<sup>17</sup>, exige al neonato la autorregulación de la temperatura corporal<sup>18</sup>. Pensamos que esta separación deja una profunda huella que se erige en símbolo de toda separación traumática, dado que es la representación que mejor se presta para encarnar la vivencia que acompaña a este tipo de separaciones.

Un dato significativo, que nos interesa subrayar, nos permitirá cualificar mejor a la vivencia de la pérdida de la madre-umbilical. La madre-pecho es un objeto cuya presencia en el mundo del neonato se hace intermitente, la madre-umbilical, en cambio, no sólo tiene una presencia constante, sino que, además, **constituye en sí misma el mundo del feto**. De este modo, la pérdida de la madre-umbilical es menos una pérdida de objeto que **la pérdida de todo un entorno significativo**; el neonato ha perdido su mundo fetal entero. Algo parangonable a lo que, en una

---

<sup>17</sup> Para el feto, el mundo y el objeto son lo mismo; al nacer, esta identidad se mantiene y las cualidades del mundo son atribuidas al objeto.

<sup>18</sup> En un trabajo anterior inédito (“Consideraciones sobre la gripe”, Salzman R., Schejtman, G. y Strasberg, P., presentado en el C.C.M.W., Buenos Aires, 1995.) algunos de nosotros propusimos la idea de que en el encuentro con el virus de la gripe el sujeto expresaría su anhelo de encontrar un objeto tierno que lo nutra, lo cobije, y le facilite el contacto con las exigencias de la vida; en aquella oportunidad no vinculamos, como ahora, las características de ese objeto con las características de la madre-umbilical perdida luego del nacimiento.

situación de exilio, un adulto expresaría como la pérdida de la “madre patria”<sup>19</sup>. En otras palabras, no ha perdido un objeto que “poseía”, sino que ha perdido un lugar en donde estar contenido –en ambos sentidos del término, el físico y el anímico– .

Como se desprende de lo dicho, se trata de una vivencia para la cual el término “soledad” resulta claramente insuficiente, ya que esta palabra se refiere a la ausencia de objetos en el mundo, y lo que nosotros deseamos significar no es la ausencia de los objetos, sino la entera ausencia del “mundo significativo”, o, para expresarlo mejor, dotado de significancia<sup>20</sup>. Para referirse a una vivencia tan devastadora el castellano reserva el término “desolación”.

Debemos aclarar sin embargo que la ausencia de significación es tan insostenible como la ausencia de percepción, y que, de la misma manera en que la ausencia de un objeto bueno es “percibida” como la presencia de uno malo, la pérdida de la significancia del mundo presente, propia de la desolación, conduce a que ese mundo adquiera una importante significación negativa. Es precisamente a partir de este punto que, durante la “desolación” neonatal, se idealiza “defensivamente”, como ya lo hemos dicho, el recuerdo de la madre-umbilical.

## **La vivencia de desolación.**

Según la Real Academia Española (1992), la palabra "desolación" proviene del latín *desolatio-onis* y significa, por un lado acción y efecto de desolar o destruir y por el otro tristeza o pena profunda. Los sinónimos propuestos se dividen en aquellos que enfatizan los aspectos físicos, como destrucción, devastación, ruina, y aquellos que enfatizan los aspectos anímicos, como desconsuelo y congoja.

Según Lewis y Short (1991), el término latino *desolatio* proviene del verbo *desolare*, que significa "asolar, abandonar, dejar solo". También en latín existe, por otro lado, la palabra *sollus*, que posee el valor semántico sustantivo de “suelo, fondo, base, fundación”, así como también el valor adjetivo de “entero, no roto”. Para estos autores *solus* y *sollus* parecen tener el mismo origen.

Entre las palabras compuestas por *solo* figura *consolatio*, que significa "aliento, confort", y que, derivada a su vez del verbo *consolare*, que se traduce por “consolar, confortar” con el significado de “ayudar a alguien a soportar o sentir menos una pena”. Al mismo tiempo, “consuelo” es el antónimo de “desolación”

---

<sup>19</sup> Pensemos, por ejemplo, en la vivencia que acompaña a Scarlet O' Hara, la protagonista de *Lo que el viento se llevó*, cuando, luego de la guerra regresa al hogar y encuentra los estragos de la devastación. Cuando Scarlet pregunta al hombre de quien está enamorada, Ashley, “¿qué será de nosotros?”, él le responde con otra pregunta: “¿qué les sucede a quienes han visto desaparecer su mundo?”.

<sup>20</sup> Utilizamos este término para referirnos a la “importancia del significado”, “*utilizando un neologismo justificado ya que en castellano disponemos del término contrario, ‘insignificancia’*” (Chiozza, 1998 [1993], pág. 229).

(Moliner, 1994). El vocablo “consola” (del francés *console*) significa “lo que sostiene”.

Estas relaciones semánticas y etimológicas nos permiten inferir que el sujeto que se encuentra desolado padece una profunda tristeza, pues siente que ha sido “dejado solo” por ese objeto primordial que, al constituir - al modo de una placenta - todo su entorno, le confería una razón de ser a su existencia<sup>21</sup>. Este objeto puede hallar una adecuada representación en “el suelo” (*sollus*), “la madre-tierra” o “el terruño natal”, ya que el sentimiento de desolación es vivido como una pérdida del entorno familiar o significativo. En síntesis, el sujeto que se siente desolado siente que ha sido dejado solo, y que todo su mundo, su entorno, aquello que lo sostenía y consolaba, ha sido destruido y devastado.

En este sentido, resulta llamativa la existencia de una palabra alemana que parece referirse al sentimiento de desolación enfatizando una pérdida objetual significativa; es el término *mutterseelenallein* que, compuesta por los formantes *Mutter* (madre) - *seelen* (Seele: alma) - *allein* (solo), significa “sentirse abandonado por el alma de la madre” (Wahrig, 1996).

García Márquez (1970), en *Relato de un naufrago*, hace una referencia a la vivencia de desolación con las siguientes palabras: “*Mi primera impresión fue la de estar absolutamente solo en la mitad del mar*” (pág. 36). “*Las luces eran cada vez más lejanas, empecé a sudar. Empecé a sentirme agotado. A los veinte minutos, las luces habían desaparecido por completo. Las estrellas empezaron a apagarse y el cielo se tiñó de un gris intenso. Desolado en medio del mar, solté los remos, me puse de pie, azotado por el helado viento de la madrugada, y durante breves minutos estuve gritando como un loco*” (pág. 75).

La imagen de un naufrago que está lejos de “tierra firme y de buen puerto”, luego de permanecer muchos días en medio del mar, solo, en una balsa a la deriva, sin rumbo y sin comida ni bebida, podría ser una adecuada representación del sentimiento que procuramos describir; pero también nos puede llevar a confundir la desolación anímica con la soledad física.

En este sentido, no menos gráfica podría ser la imagen del sujeto exilado en tierra extraña, rodeado de personas desconocidas con quienes no comparte ni las costumbres ni el idioma. Si bien físicamente hablando no está solo, la presencia de extraños no hace más que evocar dolorosamente la ausencia de los objetos

---

<sup>21</sup> Este tipo de vínculo con el objeto nos recuerda el experimento realizado por Harlow en la década del 40 con monitos separados prematuramente de sus padres. El experimento, ilustrado en el film de Irving *Right from the start* (Irving, s/f), muestra que si se coloca en la jaula del monito una “mona” adulta hecha de alambre y recubierta con felpa suave, el monito se abraza periódicamente a ella, y su capacidad de explorar el mundo y de acercarse a los objetos que se le presentan es semejante a la de los monitos que han sido criados por sus madres. Resulta muy conmovedora la imagen que muestra cómo, ante la introducción de un objeto extraño en la jaula, el monito se atreve a tocarlo solamente mientras mantiene una de sus patas en contacto con la madre de felpa. Si la mona de alambre carece de felpa, el monito no se vincula con ella, y aparecen trastornos psicológicos severos, tales como el “rocking” o el acurrucarse en un rincón de la jaula.

significativos. Esta última imagen nos parece más adecuada para comprender las vivencias del recién nacido quien, separado de la madre-umbilical que configuraba su entorno, se halla incomunicado, en un mundo nuevo y desconocido, rodeado de estímulos extraños (luces, instrumentos, ruidos y personas).

Sería inexacto afirmar que el psicoanálisis no se ha ocupado de estudiar los aspectos inherentes al afecto desolación, pero no parece aventurado sostener que no se ha hecho todavía una diferenciación suficiente entre soledad y desolación.

Pensamos que Melanie Klein (1959) quiere referirse al sentimiento de desolación cuando afirma que al hablar del sentimiento de soledad no se refiere *“a la situación objetiva de verse privado (el sujeto) de compañía externa, sino a la sensación interna de soledad, a la sensación de estar solo sean cuales fueren las circunstancias externas, de sentirse solo incluso cuando se está rodeado de amigos o se recibe afecto. Este estado de soledad interna, (...) es producto del anhelo omnipresente de un inalcanzable estado interno perfecto”* (pág. 175). *“Este tipo de soledad, que todos experimentamos en cierta medida, proviene de ansiedades paranoides y depresivas, las cuales son derivadas de las ansiedades psicóticas del bebé. Tales ansiedades existen, en algún grado, en todo individuo”* (pág. 175).

Según esta autora: *“Una relación temprana satisfactoria con la madre (...) implica un estrecho contacto entre el inconsciente de la madre y el del niño; esto constituye el principio fundamental de la más plena experiencia de ser comprendido y está esencialmente vinculado con la etapa preverbal. Por gratificador que sea, en el curso de la vida futura, comunicar los propios pensamientos y sentimientos a alguien con quien se congenia, **subsiste el anhelo insatisfecho de una comprensión sin palabras, en última instancia, de algo similar a la primitiva relación que se tenía con la madre. Dicho anhelo contribuye al sentimiento de soledad y deriva de la vivencia depresiva de haber sufrido una pérdida irreparable”*** (el destacado es nuestro; ibídem, pág. 176).

Consideramos que Freud (1916-17 [1915-1917]) también alude a este sentimiento de desolación cuando afirma que las primeras fobias de los niños se vinculan con situaciones que se refieren al silencio, a la oscuridad y a la soledad, y señala que a veces persisten durante toda la vida. Para este autor, lo esencial en esas situaciones es que se trata de reacciones ante el peligro de perder al objeto. También señala (Freud 1926d) que lo esencial se reduce a una sola condición: el niño advierte la falta de la persona amada y anhelada.

Si bien, en sustancia, coincidimos con lo afirmado por Klein y por Freud, vale recordar que sus afirmaciones son anteriores a los desarrollos psicoanalíticos sobre el psiquismo fetal. Pensamos que el vínculo de estrecho contacto entre el inconsciente de la madre y el del niño, al que se refiere Klein, queda mejor representado si lo “situamos” en los estadios prenatales del psiquismo. Del mismo modo pensamos que la pérdida irreparable a la que ella se refiere, halla una

representación inmejorable en la pérdida de la madre-umbilical luego del nacimiento.

## **La desolación y la angustia.**

Freud (1926d) afirma que el nacimiento, en el hombre, es la primera vivencia individual de angustia y que este afecto, conformado por las sensaciones somáticas experimentadas al atravesar el canal de parto, se erige como símbolo conmemorativo de aquel suceso. La angustia constituye de este modo un “prototipo” de las situaciones de peligro, que se diferencia del miedo por una cierta indeterminación y por la ausencia de un objeto preciso.

Cuando desarrolla su segunda teoría de la angustia (Freud, 1926d), considera que toda defensa, y toda formación de síntomas, es emprendida con el solo y único fin de eludir ese sentimiento. La disposición inconsciente al desarrollo de angustia constituye pues, en esta formulación de Freud, el origen de todo trastorno. En otras palabras, todo trastorno puede considerarse, entonces, una respuesta defensiva inadecuada frente a una situación actual que es experimentada con la misma peligrosidad con que una vez se experimentó la situación del nacimiento.

Freud distingue, además, dos tipos diferentes de angustia; “... *una involuntaria, automática, económicamente justificada, en cada caso, cuando se había producido una situación de peligro análoga a la del nacimiento; la otra, generada por el yo cuando una situación así amenazaba solamente, y a fin de movilizar su evitación*” (Freud, 1926d, pág. 152). Se trata de lo que solemos denominar, respectivamente, angustia catastrófica y angustia señal.

El sentimiento de desolación parecería corresponder, con el mismo valor de monumento conmemorativo que hemos atribuido a la angustia, a las vivencias del período neonatal temprano signadas por la pérdida de la madre-umbilical. Toda vez que nos enfrentamos con la vivencia de que el vínculo con los objetos que constituyen nuestro entorno significativo –aquellos “para quienes vivimos”–, se ha modificado sustancialmente, volvemos a sentirnos como el recién nacido que, separado de la madre-umbilical, tiene que aceptar el nuevo modo de relación que la madre-pecho propone.

Los recuerdos de la madre-umbilical que, luego de su pérdida, no fueron suficientemente duelados, se reactualizan siempre con toda su fuerza frente a una importante situación de cambio. En otras palabras, se transfieren sobre la situación actual. Sentimos entonces que, sin el objeto “para el cual se vive”, el mundo se ha vaciado de sentido; se ha devastado, sumiéndonos en una **desolación sin consuelo.**

Análogamente a lo que describe Freud para la angustia, **el sentimiento de desolación se “construye” con las sensaciones somáticas experimentadas**

**luego del nacimiento**; es decir, los cambios fisiológicos que el recién nacido experimenta en las funciones respiratoria, circulatoria, de regulación térmica, neuromuscular, digestivas, etc, en respuesta, justamente, a la ruptura de la simbiosis materno-fetal.

Pensamos que el sentimiento de desolación que hemos descrito, constituye un análogo de la angustia catastrófica. Pensamos también que existe una “desolación señal” caracterizada por un estar solo que suele ligarse con el aburrimiento y que habitualmente se intenta evitar mediante entretenimientos, pasatiempos y compañías forzadas.

Tal como lo señalamos en un trabajo anterior (Chiozza y colab., 1993g [1992], pág. 210) “... en opinión de Freud (1926d, pág. 160), el dolor anímico surge como consecuencia de la intensa investidura que deriva de una necesidad actual insatisfecha, “desesperada” y traumática, del objeto añorado y ausente, que se experimenta como un daño, mientras que la angustia es el producto de una vivencia de peligro que sólo es posible cuando la necesidad no es actual”.

El sentimiento de desolación como representante simbólico de las vivencias que se experimentan en el momento inmediatamente **posterior** al nacimiento, signado por las vivencias de separación y pérdida del objeto, parece corresponder “punto por punto” con el dolor anímico frente al objeto añorado y ausente, dolor que Freud se ocupa de diferenciar claramente de la angustia.

Ambos afectos, angustia y desolación, que giran en torno a la situación de nacimiento y que son vecinos en el tiempo, se acercan también en sus significados; aunque con distintos matices. La angustia del **que está naciendo** posee un tinte claramente persecutorio, el sentimiento de desolación del **recién nacido** es, en cambio, de tinte melancólico<sup>22</sup>. Mientras que la angustia, de cara al futuro, esta dirigida a “lo que vendrá”, la desolación, mirando al pasado, padece por “lo que se ha ido”.

No debemos confundirnos en esto; la palabra “nacimiento” es una sola, pero los traumas son dos. Uno es el trauma del estar naciendo, angustiosamente, en el canal de parto, el otro es el trauma del haber nacido en la desolación de un mundo que es diferente y extraño. La angustia y la desolación, en tanto son afectos diferentes, como monumentos conmemorativos simbolizan distintos sucesos traumáticos del pasado y, como procesos de descarga, expresan traumas actuales distintos.

Llegamos, de este modo, a una conclusión fundamental. El concierto de sensaciones somáticas que acompaña al período neonatal temprano, unido al conjunto de consideraciones apuntadas, nos ha permitido adjudicar al sentimiento

---

<sup>22</sup> Preferimos reservar la expresión “depresiva” para la integración que surge luego del duelo y la elaboración, ausentes en la experiencia de desolación, en la cual el profundo desamparo conduce a la pérdida de la autoestima y a los autoreproches que son propios de la melancolía.

de desolación una importancia análoga a la que posee el sentimiento de angustia. Parece entonces evidente que, del mismo modo que la angustia constituye el elemento esencial de toda situación persecutoria, el sentimiento de desolación conforma la base en la cual se apoya toda situación melancólica. En otras palabras, **“en el fondo” de la melancolía encontraremos siempre la desoladora vivencia de una pérdida particular, la pérdida de un objeto sin el cual se teme no poder sobrevivir.**

Análogamente a lo que sucede con la angustia, deberíamos entonces encontrar al sentimiento de desolación en la base de una gran variedad de trastornos. Sustenta esta hipótesis, desde la vertiente “somática”, el hecho de que el cuadro clínico que produce el virus de la gripe –el síndrome gripal– suele presentarse también frente a otras enfermedades.

La bibliografía médica anglosajona, como dijimos, reserva el término *influenza-like syndrome* para referirse a aquellos cuadros que, siendo similares al síndrome gripal, se desencadenan en ausencia del virus de la gripe. Vemos entonces que el síndrome gripal constituye, más allá del caso particular de la gripe, **un modo de respuesta típico**<sup>23</sup> frente a distintos “agentes”<sup>24</sup>.

Si tenemos en cuenta, además, que el síndrome gripal puede presentarse en formas atípicas (por ejemplo, incompleto) y que, como veremos enseguida, cada uno de los signos y síntomas que lo componen puede representar, aisladamente, al conjunto entero del síndrome, encontramos que la cantidad y variedad de trastornos que son capaces de “aludir simbólicamente” al sentimiento de desolación parece corresponder con la significancia que otorgamos a ese sentimiento.

## **El afecto desolación y su clave de inervación.**

De acuerdo con el modelo que expusimos en 1975 (Chiozza, 1975b), podríamos sostener que, cuando el sentimiento de desolación se hace insoportable a la conciencia, se desestructura en su clave de inervación. Por obra de este mecanismo defensivo, lo que antes se experimentaba como sensaciones somáticas que configuraban al significado del afecto que llamamos desolación, se

---

<sup>23</sup> Esta idea de que el síndrome gripal constituye un modo típico con el que respondemos frente a ciertas situaciones parece quedar expresada en el hecho de que para el caso de la gripe se suele utilizar la forma verbal reflexiva; así decimos que “nos hemos engripado”. Esto no suele ocurrir con otras enfermedades infecciosas, tales como la difteria o la tuberculosis

<sup>24</sup> Debemos dejar para otra oportunidad la exploración del sentimiento de desolación vinculado a la respuesta general del organismo frente a las infecciones. No parece desacertado suponer que este sentimiento desempeñe un papel trascendente en las fantasías inconscientes específicas de las enfermedades infecciosas si tenemos en cuenta que, siguiendo a Weizsaecker (en Booth, 1948), el contacto con el agente infeccioso puede representar (regresión filogenética mediante) a un vínculo de objeto perdido.

experimentaría ahora como síntomas cuyo conjunto no estructura, en la conciencia del sujeto, el significado de un afecto. Sabemos que estos síntomas, experimentados en forma conjunta, componen en cambio el significado de lo que conocemos como síndrome gripal.

Antes de proseguir con estas consideraciones, debemos realizar un pequeño rodeo para exponer con claridad algunos fundamentos teóricos.

En nuestras primeras investigaciones acerca de los trastornos hepáticos (Chiozza, 1970a) sostuvimos que la progresión de la bilis a través del colédoco constituía la representación corporal que mejor “correspondía” al afecto y al mecanismo que en el territorio psíquico denominamos envidia. Exponíamos de este modo la idea de que cada trastorno orgánico llevaba implícita una **fantasía inconciente específica**. No se nos escapaba sin embargo que estábamos refiriéndonos a una cuestión de predominio, ya que la misma etimología de la palabra “envidia” remite a una manera del mirar, y es, por otra parte, evidente, que el compromiso corporal de la envidia trasciende los límites de un suceso biliar. A pesar de las consideraciones apuntadas continúa siendo válido que el funcionamiento biliar es el proceso más adecuado para arrojarse la representación somática de la envidia.

Más tarde, durante la investigación del significado inconciente de las fantasías lagrimales (Chiozza y colab., 1970b [1968]), surgió la evidencia de que la efusión de lágrimas se integraba con los lamentos y sollozos para constituir al llanto como expresión de un particular estado afectivo. Nuestro interés por la clave de inervación de los afectos se desarrolló a partir de este punto. Sostuvimos más tarde (Chiozza, 1975b) que el proceso defensivo, mediante el desplazamiento de la investidura desde uno hacia otro de los elementos que integran la clave, la deforma de manera que su descarga no produce la conciencia de un afecto, sino que, por el contrario se registra como una alteración en el cuerpo, que solemos denominar afección. El miedo, por ejemplo, puede permanecer inconciente y descargarse como diarrea, o como taquicardia, según cuál sea el elemento de su clave de inervación sobreinvertido.

El estudio de la esclerosis múltiple (Chiozza y colab., 1986a) nos mostró que las claves de inervación no sólo nos permiten comprender la determinación preformada de los afectos, sino también de las acciones. Quedo claro, además, que hay elementos como la taquicardia, que pueden integrar más de una clave, ya que, por ejemplo, el aumento de la frecuencia cardíaca no sólo forma parte del miedo, sino también de la excitación y la actividad que precede al orgasmo.

El próximo paso fue dado mientras estudiábamos el concepto freudiano de lenguaje de órgano (Chiozza, 1991b [1989]). Es obvio que una afección somática puede ser contemplada como una transacción sustitutiva entre dos tendencias conflictivas que llevan implícita, cada una de ellas, una particular descarga afectiva. Cae entonces por su propio peso que el elemento sobreinvertido que, como síntoma o signo, se constituye en representante de un afecto reprimido, impide, en realidad, más de un afecto, y representa la deformación transaccional de más de una clave.

Las investigaciones posteriores nos llevaron a cobrar conciencia de que disponemos de muy pocos nombres para cualificar y distinguir a los afectos y de que conocemos muy

poco acerca de cuáles son los elementos que integran sus claves de inervación. En el desarrollo de tales investigaciones elegimos habitualmente **un** afecto que centramos en torno a una función biológica determinada, afirmando que esa función es el elemento más significativo de la clave de inervación del afecto considerado y que como tal se arroja, en la deformación defensiva de la clave, la representación del entero conjunto. Así, por ejemplo, en la diabetes, el sentimiento de impropiedad queda vinculado a la función insulínica (Chiozza y Obstfeld, 1991a [1990]) y, aunque nos referimos a otros afectos tales como la sumisión y la dulzura empalagosa que es antónimo de la amargura, interpretamos los signos y síntomas de la enfermedad a partir de la deformación del sentimiento de impropiedad.

El estudio de las enfermedades óseas (Chiozza, y colab. 1991c [1990]) a partir de las funciones de sostén y protección, que son características del hueso, nos condujo, a través de su vinculación con las normas y con el carácter, a reconocer la importancia central de sentimientos tales como el de seguridad y el de solidaridad, y a considerar la desestructuración patosomática de **tres** sentimientos distintos para un mismo sistema; el de desmoronamiento, el de infracción y el de consolidación, en la interpretación (respectiva) de la osteoporosis, la fractura y la hiperostosis.

Podríamos continuar con ejemplos que enriquecerían este tema, pero los que nos interesa destacar ahora es que cada nueva investigación nos obliga a nuevas consideraciones y nos aporta una comprensión más profunda y más amplia de la deformación patosomática de los afectos.

Volviendo ahora a la investigación que nos ocupa, podemos mencionar (como hicimos) varios de los elementos de la clave de inervación del afecto desolación, pero no podemos, de forma convincente, sobreponer uno a los demás. Reparemos, además, en una cuestión fundamental: cada uno de estos elementos de la clave de inervación es, al mismo tiempo, el elemento más representativo de otro afecto, distinto de la desolación. Así, por ejemplo, los cambios en las funciones respiratorias que retenemos como esenciales para el afecto desolación, también forman parte del afecto desaliento (Chiozza y colab. 1991d [1990]).

Tal como lo sostuvimos antes, cuando por ser intolerable, se impide el acceso a la conciencia del sentimiento de desolación, en lugar de aparecer un síntoma somático, compuesto por la alteración de una función (la más representativa del conjunto de la clave), aparece en cambio un síndrome, dentro del cual varias funciones de esa clave de inervación hallan, a la vez, expresión sintomática.

Pero, ¿en qué consiste entonces la deformación de la clave? Tal vez deberíamos pensar en el sentimiento de desolación como en un **estado macroafectivo**; es decir, un estado afectivo “mayor”, compuesto a su vez, al modo de cajas chinas, por afectos “menores”, como el ya citado desaliento. No parece tan desacertado ver las cosas de este modo si pensamos que lo propio hacemos en biología. Así, solemos considerar a la célula, alternativamente, como un individuo o como un integrante de un tejido, el que a su vez integra un órgano perteneciente, a su vez, a un sistema, etcétera. De manera similar, podemos imaginarnos sin que nada se

oponga a ello, que existen vivencias más simples que se asocian o combinan de manera típica conformando vivencias más complejas.

Si así lo pensamos encontramos, al mismo tiempo, la respuesta a nuestra anterior pregunta: **En el síndrome gripal el afecto desolación que lo “sostiene” desde el inconciente, se vuelve irreconocible como tal sin necesidad de ser deformado<sup>25</sup>, ya que cada uno de los síntomas que constituyen el síndrome es el producto de la deformación de un afecto “menor” que, en la medida en que se descarga como síntoma, sustrae la investidura que hubiera permitido que la conciencia lo reconozca como un integrante del estado macroafectivo que llamamos desolación.**

Esto nos permite pensar que, a los fines de la defensa, cada uno de los afectos que integran el estado macroafectivo tendrá la capacidad, por sí solo, de representar, simbólicamente, al conjunto entero. Así, por ejemplo un catarro nasal aislado puede expresar al mismo tiempo el llanto por una pérdida de objeto y la desolación en que tal pérdida coloca al sujeto. Lo mismo podría aplicarse para la fiebre, la astenia o cualquiera de los síntomas que conforman el síndrome gripal.

Por sus características propias, cada uno de estos síntomas podrá expresar un particular matiz del sentimiento de desolación; por ejemplo, un sentimiento de desolación expresado a través de la fiebre se presta para enfatizar el frío por la separación física, sentida como un abandono.

También es posible establecer un gradiente que va desde un resfrío común, pasando por un síndrome gripal, hasta llegar, por ejemplo, a la neumonía de una gripe complicada, como representante de otro gradiente en el cual la desolación se experimenta, cada vez, con mayor desconsuelo.

---

<sup>25</sup> Mediante el desplazamiento de la investidura “dentro” de su clave.

# Los síntomas del síndrome gripal y su relación con el período neonatal temprano.

## 1. Los trastornos respiratorios, el catarro y la tos.

A partir del momento mismo del nacimiento el recién nacido debe asumir en forma autónoma la función respiratoria que, en su anterior existencia fetal, llevaba a cabo la madre. De todos los cambios adaptativos que el recién nacido deberá realizar, este es, obviamente, el más perentorio.

Al estudiar las fantasías respiratorias (Chiozza y colab. 1991d [1990]), sostuvimos que estas están centradas en el significado del intercambio gaseoso; principalmente en el significado de la incorporación del oxígeno como el elemento esencial para la vida. La respiración pulmonar normal, que desde el punto de vista fisiológico implica un adecuado intercambio de gases con el medio ambiente, simboliza un buen intercambio socio-espiritual con el entorno<sup>26</sup>.

Dado que la respiración pulmonar surge como el elemento que pone fin al período fetal, iniciando la vida postnatal, puede erigirse también como símbolo privilegiado de la ruptura de la simbiosis materno-fetal con el consiguiente acceso a un nuevo orden de dependencia (Chiozza y colab., 1991d [1990]). En otras palabras, el adecuado intercambio socio-espiritual al que hicimos referencia, implicará necesariamente una adecuada elaboración de la ruptura de la simbiosis materno-fetal tanto como el establecimiento de un vínculo adecuado con la madre postnatal.

Destacamos que el adecuado funcionamiento de la respiración pulmonar implica la vivencia inconciente del estar alentado y que su trastorno es el elemento central de la clave de inervación del afecto desaliento. En otros términos, todo trastorno respiratorio simboliza una vivencia de desaliento que se mantiene inconciente.

Siguiendo esta línea de pensamiento, las vías aéreas superiores, en la medida en que permiten una buena circulación del aire inspirado y espirado, simbolizan la comunicación (o conexión) con el entorno y con los objetos que lo componen. **Los trastornos respiratorios que se originan en una patología de las vías aéreas superiores (por ejemplo la obstrucción de la entrada de aire) podrían simbolizar una forma de desaliento donde el aislamiento y la incomunicación socio-espiritual serían los matices afectivos predominantes** (Chiozza y colab., 1991d [1990]).

---

<sup>26</sup> Por este motivo se utiliza una misma palabra, "atmósfera", para hacer referencia al ámbito común tanto aéreo como social. Destacamos, también, la relación entre la respiración y lo anímico-espiritual, al señalar que la palabra "espíritu" deriva del latín "*spirare*" (soplar, respirar) y que la respiración está vinculada con lo anímico-espiritual. El espíritu que nos mancomuna quedaría representado por el aire que todos compartimos (Chiozza y colab., 1991d [1990]).

Resulta interesante destacar que la infección gripal sucede en la mucosa de las vías respiratorias superiores. Siguiendo ideas de Weizsaecker (en Booth, 1948), podemos pensar que toda infección, como cumplimiento de deseo, representa la ilusión de establecer un contacto íntimo<sup>27</sup>.

Durante la vida fetal, los pulmones se hallaban colapsados y la vía aérea superior, llena de líquido. Este líquido es expulsado por la presión que ejerce el canal de parto sobre el tórax<sup>28</sup>, permitiendo el ingreso de aire que expande los pulmones en la primera inspiración. Según Guyton (1998), entre los distintos estímulos que desencadenan la primera inspiración figura el brusco enfriamiento de la piel; tema que retomaremos al ocuparnos de la fiebre.

**Las vías aéreas superiores serían el lugar del primer contacto con el aire, representante psíquico del primer objeto postnatal. Este primer contacto, produce sensaciones de frío –la temperatura ambiente es más o menos diez grados Celsius inferior a la uterina– y sequedad. No es osado suponer que este contacto, íntimo y violento, con un objeto desconocido pero perentoriamente necesitado, genera un cierto grado de irritación, que expresa la ambivalencia frente a un objeto que marca la ausencia del objeto perdido, la madre-umbilical.**

Esta irritación en las vías aéreas superiores podría ayudarnos a comprender la tos (seca, al comienzo) del síndrome gripal. **El catarro posterior sería, por un lado, el intento de protegerse del contacto con el objeto frío y seco y, al mismo tiempo, el intento de restablecer el contenido líquido del período fetal perdido.**

Tal como afirmamos en otra oportunidad (Chiozza y colab., 1970b [1968]), todo catarro es, a su vez, una patología del llanto que aparece cuando, por alguna circunstancia, no se puede llorar y las lágrimas inhibidas toman un camino vicariante<sup>29</sup>. **El catarro de las vías aéreas superiores del síndrome gripal**

---

<sup>27</sup> Booth (1948) presenta una idea de Weizsaecker de suma importancia para comprender el significado de las infecciones. Según el autor, Weizsaecker interpretaba la tonsilitis como resultado de un conflicto agudo vinculado con una frustración amorosa. Frente a esta pérdida se produce, por un lado, una regresión de la zona genital a la oral, concebida como "regresión ontogenética" en el sujeto. Por otro lado, en virtud de una "regresión filogenética", hay un desplazamiento del objeto, que ya no es otro ser humano, sino bacterias. Booth (1948, págs. 15-16) sugiere, a partir de estas ideas de Weizsaecker, que *"la infección se localiza en el sistema que en ese momento se ubica en el centro de las relaciones de objeto del individuo"*. Si recordamos que la envoltura vírica, en el caso del virus de la gripe, proviene de los lípidos de las membranas de las células-huésped y a través del virus se fusiona parte de la membrana celular del huésped infectado anteriormente con la del huésped actual, de alguna manera, podríamos decir que el virus "logra" que dos seres humanos "contacten", uno con el otro, en un nivel muy íntimo.

<sup>28</sup> En los casos de nacimiento por cesárea, para permitir el ingreso del aire, este líquido debe ser extraído por aspiración instrumental.

<sup>29</sup> El llanto es una de las formas de manifestación de una fantasía denominada "fantasía general exudativa", que se caracteriza por un flujo de secreciones o excreciones. Las distintas localizaciones de los catarros "son vías patológicas de las lágrimas que han adoptado así la forma general de la exudación" (Chiozza y colab. 1970b [1968], pág. 126). La libido "lacrimal" "toma un

**podría expresar el llanto frente a la dificultad de realizar el duelo por la madre-umbilical perdida<sup>30</sup>.**

Esta idea del catarro expresando un llanto reprimido, se hace más significativa si recordamos que, según las descripciones clínicas, en el síndrome gripal puede existir enrojecimiento conjuntival y lagrimeo.

## **2. La fiebre.**

Mientras que en el medio intrauterino la temperatura es alta y constante, en el medio extrauterino la temperatura es, comparativamente, menor y sujeta a notables variaciones. A esto se suma que la respiración pulmonar es también un importante factor de pérdida de calor corporal. Esto obliga al neonato a inaugurar sus sistemas de termorregulación. La capacidad de regular su temperatura, ya sea aumentando la producción de calor o disminuyendo su pérdida, le concede cierta autonomía comparativa, ya que en la simbiosis materno-fetal era la madre quien se hacía cargo de esta función.

Esta capacidad permite al neonato –en tanto animal homeotermo– soportar los cambios de la temperatura ambiente, manteniendo constante (o con muy pequeñas variaciones) la temperatura corporal. Esta estabilidad térmica hace posible el funcionamiento eficaz de los procesos químico-enzimáticos que permiten mantener la vida.

En términos muy esquemáticos, el mecanismo central de la termorregulación está vinculado con la función de algunos centros hipotalámicos que actúan a la manera de un termostato, recibiendo información de los termorreceptores centrales y periféricos. Los procesos de termogénesis y termolisis dependen de este termostato hipotalámico regulador de la temperatura, que en el hombre oscila alrededor de los 37 grados Celsius. Es decir, el termostato considera que debe perderse calor corporal (termolisis) cuando la temperatura corporal excede los 37 grados; inversamente, considera que debe generarse calor (termogénesis) cuando la temperatura corporal se halla por debajo de los 37 grados.

A los fines de mantener constante la temperatura corporal, el sujeto realiza acciones eficaces para satisfacer esta necesidad. Cuando la temperatura ambiente es muy baja, el sujeto experimenta sensación de frío por acción de las terminaciones nerviosas

---

camino regresivo hacia el núcleo común exudativo que la vincula con cualquier otra secreción del organismo" (Ibíd., pág. 128).

<sup>30</sup> En esa ocasión, también subrayamos el contenido melancólico de pena y de tristeza que se expresa a través del llanto, y el hecho de que, mediante la efusión de las lágrimas, el ojo expulsa los "cuerpos extraños" constituidos por imágenes visuales displacenteras. De este modo se intenta borrar, "di-solver" o "re-solver" las imágenes visuales ideales que configuran los recuerdos traumáticos. *"La producción de lágrimas consiste en una forma de relacionarse con el medio a través de una secreción externa líquida (...) El sujeto que vierte lágrimas se encuentra frente a un objeto frustrante, idealizado, que niega o ha negado alguna gratificación, pero frente al cual, de acuerdo con la frase 'el que no llora, no mama', no se ha perdido la esperanza de una transformación favorable."* (Chiozza y colab. 1970b [1968], pág. 124).

termosensibles, lo cual lo lleva a activar los correspondientes mecanismos de defensa. Uno de ellos consiste, por ejemplo, en abrigarse; el otro, en disminuir los procesos de termolisis y activar los de termogénesis. Por el contrario, cuando la temperatura ambiente es muy elevada, el sujeto suele aligerar sus vestimentas, aumentar los procesos de termolisis y disminuir los de termogénesis. La estimulación del sistema simpático produce la conservación del calor y la del parasimpático la pérdida del mismo<sup>31</sup>.

La fiebre, o sea, una temperatura corporal superior a la normal, es un fenómeno patológico que aparece cuando los mecanismos normales de termogénesis se han puesto en marcha de manera “equivocada”, en respuesta a una alteración en el termostato hipotalámico. Es decir, cuando patológicamente aumenta la temperatura de regulación del termostato, el organismo, interpretando que ha descendido la temperatura corporal, por descenso de la temperatura ambiente, pone en marcha los mecanismos de termogénesis. En otras palabras, **la fiebre aparece cuando el sujeto cree, equivocadamente, que se encuentra en un clima frío.**

Toda equivocación, como sabemos, puede considerarse, desde el psicoanálisis un acto fallido; es decir, una acción exitosa desde el punto de vista del deseo inconciente. Podemos corregir entonces nuestro anterior enunciado y decir que, por medio de la fiebre, el sujeto expresa su vivencia subjetiva de hallarse en un entorno afectivo frío, y que, a partir de esa vivencia, cumple exitosamente con el deseo inconciente de aumentar la temperatura.

Cabe consignar, no obstante, que la fiebre no sólo constituye una manifestación central del proceso infeccioso, sino que también cumple un papel protector en las infecciones<sup>32</sup>. Los mecanismos moleculares involucrados en su patogenia pueden influir sobre el aumento de las respuestas nutricionales, inflamatorias agudas o inmunes específicas, necesarias para limitar la infección o para erradicar los organismos responsables.

---

<sup>31</sup> La pérdida de calor corporal se debe fundamentalmente a tres mecanismos: convección, radiación y evaporación. Los dos primeros son preponderantes cuando la temperatura ambiente es más baja que la corporal. Cuando es más alta, es necesario recurrir a la evaporación por medio de la sudoración. La pérdida de calor por radiación y convección es regulada por la vasodilatación o vasoconstricción cutánea, que aumentan o disminuyen el flujo sanguíneo. Cuando se acentúa la diferencia entre la temperatura corporal y la ambiente, y ésta se vuelve muy baja, se ponen en funcionamiento otros mecanismos de conservación del calor, como los temblores, la vasoconstricción y piloerección cutánea. Los temblores generan más calor corporal (Bernabó, 1996).

<sup>32</sup> En muchos microorganismos existen sustancias pirogénicas como, por ejemplo, las descubiertas en las espículas de la envoltura del virus influenza. Estos pirógenos exógenos estimulan la liberación de los pirógenos endógenos liberados por los macrófagos que, a su vez, actúan sobre los centros hipotalámicos termosensibles provocando la hipertermia. Al comienzo de una infección febril pueden activarse tanto los mecanismos de generación como los de conservación del calor y pueden aparecer temblores, vasoconstricción cutánea y piloerección. En ese caso, la temperatura asciende bruscamente hasta un nuevo nivel de equilibrio que se ve acompañado por un índice de metabolismo basal aumentado (Bernabó, 1996).

Siguiendo nuestra hipótesis podemos afirmar que cuando un sujeto se siente desolado, la pérdida del objeto para el cual vive es sentida como un “clima” (o “atmósfera”) afectivamente frío. En otras palabras, la pérdida de objeto actual hace revivir aquella otra que originó la actual transferencia: la pérdida de la madre-umbilical en el período neonatal temprano. En la situación original, la pérdida de objeto se acompañó del pasaje de un ambiente cálido a otro más frío que obligó la puesta en marcha de los mecanismos de termogénesis.

**Cuando el sentimiento de desolación es expresado a través del síndrome gripal, lo que ahora es un clima afectivo frío es interpretado como una temperatura ambiente fría y otra vez, como entonces, se ponen en marcha los mecanismos de termogénesis. Lo que en su momento fue una respuesta normal, ahora es una respuesta inadecuada, en la cual la carencia afectiva (frialidad) actual es inconcientemente “confundida” (ecuación simbólica (Segal, 1979)) con la falta de calor físico (frío) que habitualmente la simboliza; el resultado es un síntoma: la fiebre.**

Como ya consignamos, la fiebre del síndrome gripal suele durar tres días y sólo excepcionalmente puede llegar hasta siete. Estos tiempos parecerían coincidir con el tiempo que le demanda al neonato adaptarse a la temperatura ambiente extrauterina (autorregulación de la temperatura corporal) y que no exceden el período neonatal temprano (primera semana de vida).

### **3. Las mioartralgias y la astenia.**

Al momento de nacer, el recién nacido no ha completado aún su maduración neurológica; esta se alcanzará más tarde al completarse el proceso de mielinización de las fibras nerviosas<sup>33</sup>. Se suele atribuir a este déficit de mielinización la escasa capacidad de movimiento y coordinación muscular que tiene el niño hasta el segundo año de vida (Pecci Saavedra, Vilar y Pellegrino de Iraldi, 1979).

Sin embargo, una simple observación ecográfica de la vida fetal permite objetar tal suposición. En efecto, todo feto es capaz de realizar movimientos coordinados y complejos en el medio líquido de la vida intrauterina<sup>34</sup>. Esto hace pensar que la coordinación muscular que se obtiene tras la mielinización es más la recuperación de una capacidad perdida al nacer que una nueva adquisición. Resulta

---

<sup>33</sup> La mielina o sustancia blanca es una cubierta lipídica que rodea a los axones al modo de un aislante permitiendo que la conducción del impulso nervioso se realice a una velocidad mayor. El proceso de mielinización comienza en el cuarto mes de vida fetal y se completa recién a los dos a tres años después del nacimiento (Pecci Saavedra, Vilar y Pellegrino de Iraldi, 1979).

<sup>34</sup> Sobre todo cuando el espacio no es aún tan reducido. Es común en las observaciones ecográficas observar al feto llevarse el pulgar a la boca, mover la cabeza, girar sobre si mismo, etcétera. Otro hecho que confirma, más allá de toda duda, la capacidad fetal para realizar movimientos coordinados, es la observación ecográfica de embarazos gemelares donde la interacción entre ambos hermanos a través de movimientos claramente intencionados resulta muy conmovedora.

convinciente atribuir la pérdida de la coordinación neuromuscular al cambio del medio líquido por el medio aéreo, donde la mayor acción de la fuerza de gravedad exige un esfuerzo muscular superior.

En el medio intrauterino la influencia de la fuerza de gravedad es muy pequeña, pues se ve contrarrestada por la presión hidrostática del líquido amniótico. El feto, por ende, se puede desplazar en ese medio con relativa agilidad. Después del nacimiento, en cambio, el neonato debe luchar contra una fuerza de gravedad superior para realizar cualquier movimiento, lo cual lo coloca transitoriamente en un estado de relativa insuficiencia neuromuscular<sup>35</sup>.

Es posible imaginar que el recién nacido, durante los primeros días de vida, debe sentirse muy “torpe” en comparación con la “agilidad” que tenía en el medio líquido intrauterino, y que sus músculos y articulaciones, frente a esta sensación que le provoca la mayor fuerza de gravedad, deben ser fuente de sensaciones somáticas tales como, por ejemplo, las de pesadez, aplastamiento o, inclusive, dolor, que se suman al sentimiento más general de impotencia muscular. Pensamos que esta vivencia debe tener un carácter muy traumático; comparable a lo que podría sentir un adulto que de pronto quedara cuadripléjico. Esta comparación no parece tan exagerada si pensamos que el neonato no es capaz de erguir la cabeza, rascarse la nariz, darse vuelta en su cuna, etcétera.

**Las mioartralgias y la astenia del síndrome gripal se presentan como sensaciones de “aplastamiento” o de “apaleamiento”; como si todo pesara más de lo habitual. Todo movimiento resulta doloroso y el sujeto sólo desea dejarse caer en cama y yacer. Pensamos que estos síntomas, como parte integrante del sentimiento de desolación, representan el sentimiento de impotencia y desánimo frente a la pérdida de objeto. Como expresión simbólica, aluden a la situación por la que atraviesa el neonato frente al medio extrauterino.**

**Durante el proceso febril los músculos trabajan intensamente para aumentar el metabolismo. Por lo tanto, podemos pensar que el sujeto expresaría simbólicamente, a través de sus mioartralgias, el haber realizado un gran esfuerzo; el haber quedado “agotado” en su búsqueda por alcanzar el objeto necesitado. El dolor muscular, entonces, representaría además al dolor del fracaso. Las mialgias y la astenia representarían esa vivencia de fracaso, desánimo y desmoralización que en la conciencia se registra como una sensación de “apaleamiento”<sup>36</sup>.**

---

<sup>35</sup> Consideremos además que durante las últimas fases del embarazo, por razones de espacio, la movilidad fetal es escasa. A este período de relativa inactividad muscular debemos sumarle el aumento de tejido adiposo que, como reserva energética, lo prepara para la vida postnatal. Una situación similar de cierta insuficiencia muscular se presenta en sujetos obesos que desarrollan escasa actividad física; en estos casos, para recuperar las funciones musculares disminuidas se les recomienda ejercicios acuáticos, donde la influencia de la fuerza de gravedad es menor.

<sup>36</sup> Esta vivencia está representada en una escena del *Quijote*, en la que, después de haber sido vencido (apaleado) en un combate en el que había puesto en juego su renuncia a seguir siendo un

#### 4. La cefalea.

De acuerdo con lo que planteamos en otra oportunidad (Chiozza y colab. 1991b [1990]), la cabeza, como representante privilegiado de la función del pensar y de la inteligencia, asume la representación de la atemperación de los afectos. Señalamos allí, también, que esta atemperación se vuelve necesaria cuando el sujeto es invadido por emociones contradictorias que le generan una situación conflictiva.

Esta situación emocional conflictiva, contemplada desde los representantes cogitativos de los afectos (que, cuando son sancionados por la experiencia propia o ajena, se transforman en lemas) constituye un dilema. Cuando el ejercicio del pensamiento es adecuado, el dilema puede transformarse en un problema racional auténtico; pero cuando esto no se logra y los lemas implicados son utilizados como racionalizaciones, resulta imposible atemperar los afectos comprometidos (Chiozza y colab. 1991b [1990]). En otras palabras, un conflicto afectivo se transforma en un dilema-problema insoluble.

En esas circunstancias, el paciente se ve animado por la pretensión de que triunfe la razón, es decir, *“...intenta tratar un conflicto afectivo, que permanece inconsciente, como si fuera un problema que pertenece exclusivamente a la esfera del pensamiento racional, un problema que lo dejaría ‘impasible’, sin vestigios de emoción”* (Chiozza y colab. 1991b [1990], pág. 182). Expusimos también que los procesos vasculares cerebrales forman parte de la clave de inervación normal de los procesos cogitativos, y que la cefalea vascular es la expresión simbólica *“de un dilema-problema que se ha vuelto insoluble y cuya importancia permanece inconsciente”* (ibídem).

No resulta demasiado aventurado suponer que **la cefalea del síndrome gripal constituye, a partir de la desestructuración del sentimiento de desolación actual, una reedición de un viejo dilema, centrado en la necesidad de cambio que impone el pasaje de la vida fetal a la vida postnatal.**

---

caballero andante, el protagonista cae en cama. Cervantes lo expresa de este modo: *“Seis días estuvo don Quijote en el lecho, triste, pensativo y mal acondicionado, yendo y viniendo con la imaginación en el desdichado suceso de su vencimiento. Consolábale Sancho, y, entre otras razones le dijo: Señor mío, alce vuestra merced la cabeza, y alégrese, si puede, y dé gracias al cielo que, ya que le derribó en la tierra, no salió con alguna costilla quebrada... dé una higa al médico (pues no le ha menester para que le cure en esta enfermedad)”* (Cervantes, 1615, pág. 197).

Nos llama la atención que Cervantes describa en esta escena un estado que hoy podría ser interpretado como “enfermar de gripe”. Si esto fuera así, podemos pensar que don Quijote enferma porque para él esta derrota tiene el significado de la pérdida del objeto para el cual vive (que, transferido sobre Aldonza Lorenzo, crea la imagen de Dulcinea del Toboso). Como resultado de haber sido derrotado, debe dejar de ser un caballero andante y, por ende, no podrá pretender a Dulcinea.

Podemos pensar que, **durante el período neonatal temprano, el recién nacido se encuentra con la necesidad de adaptar sus pautas a las nuevas condiciones del entorno, hasta ahora desconocidas. Dadas las grandes diferencias entre el objeto del deseo –y del recuerdo– (la madre-umbilical) y el objeto real que se ofrece a la percepción (la madre-pecho), la posibilidad de establecer entre ambos la identidad de pensamiento, necesaria para sobrevivir, exige un esfuerzo mayor.**

En consecuencia, al recién nacido se le presentan nuevas dificultades que debe resolver; tiene que elaborar pensamientos más complejos y aguzar su ingenio para concebir cómo enfrentar los cambios. Si, además, tenemos en cuenta que los pensamientos son pautas de acción (acciones a pequeña cantidad), la brusca insuficiencia muscular, a la que hacíamos referencia en el apartado anterior, aumenta las dificultades.

Dado que la cefalea es un síntoma y no un signo objetivable, no podemos saber si frente a estas dificultades cognitivas que implican la integración de pautas de acción para actuar en un entorno absolutamente desconocido, desde una situación de brusca insuficiencia muscular, el neonato tiene o no cefaleas durante el período de adaptación al nuevo mundo. Si así fuera, las cefaleas del síndrome gripal podrían entenderse como una reactualización directa de las cefaleas neonatales.

En caso contrario, podemos suponer que **la vivencia de desolación actual que reedita las vivencias del período neonatal temprano, reedita, a su vez, aquel viejo dilema que, en términos excesivamente esquemáticos podría enunciarse como un dilema entre la dependencia y la autonomía.** La desaparición en la conciencia del dilema que la cefalea sustituye, colabora para que el sentimiento de desolación permanezca inconsciente y aparezca, en su lugar, un síndrome gripal.

Deberíamos ahora intentar descubrir las sensaciones somáticas normales del período neonatal temprano que brindan su apoyo a lo que en el síndrome gripal constituyen las cefaleas. Para esto podemos hacer dos suposiciones; la primera, centrada en el aspecto vascular de la cefalea, podría orientarse a las sensaciones somáticas que se producen frente a la redistribución de la circulación, una vez colapsada la circulación umbilical. La segunda, se apoya en los síntomas “visuales” que muchas veces acompañan a las cefaleas; efectivamente, resulta sencillo reconducir las fofobias y los escotomas centellantes a las primeras experiencias visuales del ojo con la luz.

A partir de estas primeras experiencias visuales intentaremos comprender el significado inconsciente de otro de los síntomas que componen el síndrome gripal; justamente aquel que por su relación casi exclusiva con la gripe, se lo propone, a veces, como el signo patognomónico (San Miguel, 1982).

## 5. El dolor retroocular.

Como vimos, se trata de un dolor en la musculatura ocular que surge al intentar lateralizar la mirada. Basados en la premisa que hemos adoptado, debemos intentar comprender este síntoma a partir de sensaciones somáticas normales propias del período neonatal temprano.

No resulta difícil suponer que **este síntoma alude al esfuerzo del recién nacido por encontrar y reconocer con la mirada** (para él, un nuevo instrumento) **al objeto perdido**. Podemos imaginarnos al recién nacido que, incapaz de moverse con soltura, recorre con la mirada, forzando los límites del campo visual, el paisaje desolador de un mundo extraño en el cual el objeto perdido no aparece.

Desde una perspectiva más optimista, que no se opone, sino que, por lo contrario, completa a la interpretación anterior, resulta tentador pensar que **el esfuerzo de lateralizar la mirada representa el intento de buscar, durante las primeras mamadas, la mirada de la madre-pecho, para reconocer en este objeto salvador, un sustituto tolerable de la madre-umbilical perdida**.

La experiencia de alimentación, con la consecuente inauguración del aparato digestivo, nos lleva al grupo de síntomas menos característicos del síndrome gripal.

## 6. La anorexia, las náuseas y los vómitos.

A partir del nacimiento, como es sabido, las funciones respiratoria y nutritiva se separan. Mientras que la función respiratoria pasa a ser competencia exclusiva del recién nacido, la nutrición conserva aún cierto grado de dependencia. El esfuerzo de incorporación y digestión quedan a cargo del neonato; no ocurre lo mismo con la obtención del alimento. Sucede además, que la alimentación deja de ser continua para pasar a ser periódica. De este modo el sujeto podrá ganar cada vez más autonomía con respecto al objeto; aunque, al principio, le será doloroso despegarse.

Si bien, como ya consignamos, los cambios en el aparato digestivo son, comparativamente, menos perentorios que los que atañen a la respiración o a la regulación de la temperatura corporal, no por esto dejan de ser significativos. Pensemos que **la primera experiencia de alimentación es también el primer contacto específico con el nuevo objeto**. Otro hecho relacionado fisiológicamente con la alimentación es la evacuación intestinal del meconio<sup>37</sup>; esto parece prestarse adecuadamente para simbolizar el duelo por la madre-umbilical perdida<sup>38</sup>.

---

<sup>37</sup> El meconio es la "*materia pardoverdosa, viscosa, compuesta de moco, bilis y restos epiteliales que evacua el intestino del recién nacido; se llama así por su parecido con el zumo concreto de las adormideras*" (Salvat, 1983).

<sup>38</sup> Apoyamos esta interpretación en dos estudios anteriores; por un lado la particular aptitud que

A partir de estas ideas, no resulta demasiado aventurado suponer que **los síntomas digestivos que a veces acompañan al síndrome gripal expresen las dificultades en los vínculos, aludiendo a las experiencias vividas en el período neonatal temprano. Tanto la anorexia, como las náuseas y vómitos, parecen indicar un rechazo a la madre-pecho por la dificultad de duelar definitivamente a la madre-umbilical perdida.**

## **Otros aspectos del cuadro clínico del síndrome gripal.**

La hipótesis de que el síndrome gripal simboliza inconcientemente el sentimiento de desolación que oculta, recreando, en forma de síntomas, las vivencias propias del período neonatal temprano, nos permite echar luz sobre otros aspectos característicos de este síndrome.

### **1. La frecuencia y la duración.**

Como señalamos, la gran variabilidad antigénica que caracteriza a estos virus es la responsable de que resulte difícil lograr una inmunidad duradera. Esto explica, desde el punto de vista fisiopatológico, que un sujeto enferme de gripe reiteradas veces.

Desde nuestro punto de vista, independientemente del concepto de cepas virales, **la reiteración de la enfermedad nos hace pensar en un conflicto no del todo elaborado; es decir, un conflicto que se actualiza frente a determinadas circunstancias, que se resuelve parcialmente, y que queda, luego, como una disposición latente para nuevas actualizaciones.**

Tal suponemos que es el caso de las vivencias que el neonato atraviesa durante el período neonatal temprano. Cuando lo pensamos de este modo utilizamos el mismo modelo que interpreta a la angustia como un símbolo y una reactualización del trauma de nacimiento.

Como ya expresamos, durante el período neonatal temprano el recién nacido debe elaborar el duelo por la madre-umbilical perdida y resignificar esta pérdida en un nuevo vínculo de objeto, a partir de nuevas modalidades de relación, con la madre-pecho. En términos afectivos, este período está signado por **el tránsito del sentimiento de desolación al sentimiento de salvación.**

---

poseen todos los sistemas excretores para simbolizar a los procesos de duelo (Chiozza y Grus, 1993a [1992]); por el otro en los significados que emparentan lo verde, la bilis y lo viscoso con el psiquismo fetal (Chiozza, 1970a).

Sostener que esta etapa deja una profunda huella en el psiquismo (o sea, que posee un valor traumático), implica afirmar que el duelo por el objeto perdido es siempre incompleto. No se trata de una interpretación extraña sino que, por el contrario, es análogo a lo que sucede, por ejemplo, con el complejo de Edipo. Transitar un período traumático “satisfactoriamente” no impide necesariamente que perduren aspectos no duelados del objeto perdido; cuando así ocurre, estos conservan su potencialidad latente y se transfieren sobre los nuevos y posteriores objetos.

Como reza el dicho “*mal, pero acostumbrado*”, el recién nacido se adapta al objeto nuevo pero en su intimidad no se conforma. El anhelo por un objeto contenedor, omnipresente, que suministre en forma continua e incondicional<sup>39</sup>, lo acompañará toda la vida. En mayor o menor medida, este anhelo constituye un punto cardinal en la vida de cada sujeto; niño, joven, adulto o anciano.

El reverso de este anhelo es una disposición latente a sentirse desolado cada vez que las circunstancias imponen cambios en los vínculos significativos con los objetos actuales. Cuando esta disposición se actualiza, por ejemplo, frente a la separación con un objeto significativo, volvemos a sentirnos desolados como un recién nacido privado de lo que hasta entonces había sido su único objeto; su mundo.

De no mediar complicaciones, la duración de la gripe oscila entre cinco y siete días; un lapso temporal semejante al que, en condiciones normales, el recién nacido necesita para efectuar las mayores adaptaciones a la vida extrauterina<sup>40</sup>. Como ya dijimos, durante este período, realiza (hasta donde puede) el duelo por el objeto perdido, hecho que parece quedar simbolizado por la caída del cordón umbilical (definitiva cicatrización) que pone fin al período neonatal temprano.

Así como el ombligo en la panza es la cicatriz que señala el lugar por donde se vinculaba con esa otra panza que una vez fue su mundo, también queda en el alma, como una disposición a la desolación, una “cicatriz” de aquella pérdida.

Durante el transcurso del síndrome gripal algo cede y algo persiste. Es cierto que el enfermo de gripe es un enfermo que se cura solo... pero no es menos cierto que su vulnerabilidad perdura.

## **2. La forma de comienzo.**

Otro aspecto del cuadro clínico del síndrome gripal que puede vincularse con las vivencias del período neonatal temprano es su forma de comienzo. En efecto, así

---

<sup>39</sup> Como ya aclaramos antes, estas características surgen sobre todo de la idealización que hacemos de la vida fetal (el tan anhelado regreso al seno materno) desde las “inclemencias” de la vida postnatal.

<sup>40</sup> Resulta significativo que este mismo lapso sea también el que necesita una herida para cicatrizar.

como el síndrome gripal comienza de manera brusca, con similar característica ocurre el pasaje del medio intrauterino al mundo exterior; pasaje que, además, queda signado por cambios que se dan de manera violenta: la primera inspiración y el súbito enfriamiento de la piel. Estos elementos parecen repetirse, a manera de símbolo, en los estornudos<sup>41</sup> del síndrome gripal.

Tal vez debamos reconducir a esto el hecho frecuente de que, a nuestro parecer, los vínculos significativos perdidos siempre nos han abandonado bruscamente, “de un día para otro”, sin darnos nunca el tiempo suficiente para prepararnos. El carácter subjetivo de esta vivencia se hace evidente en aquellos casos en que un observador puede constatar que la separación ocurrió luego de un prolongado período de distanciamiento y deterioro.

### 3. El carácter contagioso y epidémico.

Del mismo modo que el psicoanálisis considera al trauma de nacimiento una fijación de carácter universal, que se revela como disposición a la angustia, tenemos derecho a suponer que las vivencias por las que todo sujeto atraviesa durante el período neonatal temprano poseen también un carácter traumático universal, expresado en una disposición, igualmente universal, al sentimiento de desolación.

Podemos pensar que los vínculos postnatales son más lábiles que el contacto estrecho, de unión física (cordón umbilical), que existe durante la simbiosis fetal. Los vínculos postnatales reciben por transferencia las características de investidura del primer vínculo, con la madre-umbilical, y pasan entonces a ser sentidos como **el objeto para y por el cual se vive**<sup>42</sup>. Muchas de las vicisitudes de las relaciones de objeto (alejamiento físico, indiferencia, celos, enojos, etcétera) pueden desencadenar la amenaza de abandono con la consecuente vivencia de desolación.

---

<sup>41</sup> Racker (1948, pág. 589n) sostiene que *“la costumbre de desear ‘salud’ al que estornuda tiene posiblemente su causa (...) en la comprensión intuitiva del proceso inconciente del estornudo. (...) ...sería como un apoyo externo al que está por expulsar al objeto malo y como un conjuro mágico para protegerlo contra la madre mala”*.

<sup>42</sup> Aquello que el psicoanálisis, de una manera que es más biológica que metahistórica, describe como vínculos simbióticos a partir del modelo de la simbiosis materno-fetal.

Estas consideraciones nos permiten comprender mejor la facilidad del contagio en esta enfermedad; tema que se vincula con el carácter epidémico de la gripe. Si bien existen epidemias de múltiples enfermedades, en el caso de la gripe, las fantasías inconcientes implicadas nos permiten comprender un aspecto particular del carácter epidémico<sup>43</sup>.

Como hemos señalado, la madre-umbilical posee características de ser un objeto envolvente y contenedor; oportunamente expresamos que, más que un objeto que se posee es un entorno al que se pertenece. Por este motivo, los ámbitos sociales de pertenencia<sup>44</sup>, como por ejemplo la “madre patria”, el “pueblo natal”, etcétera, constituyen representaciones particularmente aptas para excitar las vivencias del período neonatal temprano. A partir de aquí podemos comprender por qué las situaciones de crisis sociales, políticas, bélicas, etcétera, han sido tan a menudo vinculadas a las distintas epidemias y pandemias de gripe.

En las situaciones sociales de crisis moral, como por ejemplo las que siguen a las guerras, suele aparecer la desilusión por los ideales que sostenían los conflictos bélicos. Victoriosos y derrotados deben regresar a sus hogares devastados, duelar a los caídos y soportar las inclemencias del “largo invierno” de la posguerra. Adaptarse a estas nuevas condiciones no suele ser fácil. La desmoralización que resulta de la pérdida de los ideales proyectados sobre líderes, sumada a las dolorosas privaciones, bien puede sentirse como si se tratase, otra vez, de la pérdida de la “madre umbilical”. En momentos como estos, son frecuentes las epidemias y pandemias de gripe, tal como, por ejemplo, las que se produjeron en 1918, luego de la Primera Guerra, en 1946, luego de la Segunda Guerra, o en 1977, luego de la guerra de Vietnam.

## **A modo de conclusión.**

Recapitulando lo dicho hasta aquí, podemos comprender que las experiencias vividas en el período neonatal temprano, tanto por la intensidad de las mismas

---

<sup>43</sup> En sus reflexiones acerca de las epidemias, Weizsaecker (1944) se pregunta: “¿La peste, el cólera, la gripe, la disentería y la fiebre tifoidea no aparecieron cuando los pueblos sufrían conmociones durante las guerras, que afectaban alma y espíritu y no sólo el cuerpo y la materia?” (pág. 18). También afirma que “una epidemia, una guerra, una enfermedad infecciosa, una intoxicación masiva, siempre representan tales sucesos colectivos, que son tan plenos de sentido, están tan determinados en su finalidad, como lo es un destino individual” (1947, pág. 409). (Traducido por la Lic. D. Busch.)

<sup>44</sup> Como afirmamos en otro lugar, el sentimiento de pertenencia es el afecto central en las fantasías inconcientes implícitas en el SIDA (Chiozza y colab. 1997b [1995]). Recordemos ahora que la forma de comienzo (primoinfección) de esta enfermedad puede tener características muy similares al síndrome gripal (Alvarez, Godoy y Montiel, 1988), de modo tal que “en la mayoría de los casos la primoinfección pasa inadvertida, confundida con un estado gripal o una mononucleosis infecciosa” (Cahn, 1992, pág. 40).

como por la debilidad relativa del yo recién nacido, han tenido un efecto traumático; en otras palabras han dejado una huella duradera en el psiquismo.

Aun en los casos más favorables, nos vemos forzados a pensar que el duelo por la ruptura de la simbiosis materno-fetal no puede realizarse en forma completa. Los aspectos no duelados del objeto perdido, la madre-umbilical, serán posteriormente transferidos sobre los nuevos objetos. De este modo, pese a la creciente autonomía del sujeto, en una parte de sí continúa experimentando los vínculos objetales actuales con las características de la simbiosis materno-fetal recibidas por transferencia.

Esto conduce a la vivencia de que vivimos para un determinado objeto; que nuestra vida entera depende de su presencia y que todo cuanto hacemos sólo adquiere significado en función de nuestra relación con él. Este objeto (en la medida en que las transferencias se actualizan con intensidad) comienza, entonces, a ser vivido como algo más que un objeto; como ya dijimos, adquiere las características de un entorno que brinda continencia. Algo difuso, siempre presente, que rodea y contiene al sujeto, dando significado a cada uno de sus actos. Algo así como el “público” de la “obra que estamos representando”, sin el cual, toda acción carece de sentido; en otras palabras, sin este objeto, nos sentimos como un actor frente a una “desolada” platea vacía.

Por este motivo, frente a la pérdida de este vínculo de objeto, se despierta específicamente el sentimiento de desolación; la vivencia de que todo el entorno significativo ha sido devastado y el mundo que nos rodea se torna extraño, ajeno y carente de sentido. Así, como un recién nacido en la *nursery*, nos sentimos desolados; “abandonados del alma de nuestra madre”, donde los objetos presentes, sentidos todos como ajenos y extraños, no hacen más que reavivar la insoportable pérdida.

El sentimiento de desolación, al que consideramos un estado macroafectivo, se compone, a su vez, de otras vivencias; sentirse desolado, es también sentir que el objeto que nos ha abandonado nos ha desalentado; el mundo, devastado de su presencia se nos antoja frío y extraño; la brusca conciencia de nuestra dependencia hacia el objeto nos coloca en el dilema de cómo subsistir prescindiendo de todo lo que nos resultaba significativo hasta entonces. Un profundo desánimo nos sobreviene y nos sentimos impotentes para realizar, en forma autónoma, cualquier acción. Es un estado en el cual sólo queremos llorar, deseando la aparición milagrosa de una presencia salvadora, ya que sentimos que sin esa presencia no podremos sobrevivir.

Cuando la desolación no encuentra esperanza ni consuelo, se vuelve intolerable; incapaces, entonces, de soportar esta vivencia en la conciencia, nos “engripamos”. De esta manera, en lugar de experimentar el sentimiento de desolación que reedita las vivencias del neonato que fuimos, experimentamos, a través de los distintos síntomas del síndrome gripal, las sensaciones corporales que entonces tuvimos, privadas del sentimiento de desolación que originalmente

las acompañó y que amenaza reactualizarse en la condición presente. La tos y el catarro nos alivian el pesar del desaliento y el llanto; la frialdad del abandono es ahora fiebre y escalofrío; el desánimo es fácilmente atribuido a los dolores musculares del cuerpo.

El síndrome gripal expresa también la fantasía optativa de que – al modo de los sueños de examen que interpretaba Freud (1900a)– la situación actual pueda resolverse como aquella otra anterior; en donde la aparición de un objeto salvador permitió el duelo (caída del cordón) y la supervivencia.

Sabemos que al neonato le lleva una semana adaptarse al nuevo medio. Se conforma con el objeto presente y se despide del objeto perdido. Sabemos también que su duelo, aunque suficiente para sobrevivir, no es completo. De manera semejante “la semana de gripe”, que transcurre al amparo de “tibias sábanas” que nos sustraen del mundo externo, parece alcanzar para ayudarnos a soportar el embate de una desolación actual y seguir adelante. No estaremos mejor ni peor; la gripe nada nos enseña; sólo nos otorga la ilusión de devolvernos a un estado anterior.

## La gripe en un relato literario.

En la década de 1920, el escritor austríaco Stefan Zweig publicó un breve relato que tituló *Carta de una desconocida*; en él relata la emotiva historia de un amor sin respuesta, en la que la enamorada enferma de gripe luego de la muerte de su hijo.

En el drama vital que la protagonista padece –y sobre el cual se centra todo el relato– encontramos muchos puntos en común con las fantasías inconcientes investigadas al ocuparnos del síndrome gripal. Repasemos brevemente, a través de algunos fragmentos escogidos, la síntesis del argumento.

*“Después de una excursión de tres días por la montaña, el famoso novelista R. volvió a Viena por la mañana temprano, compró un diario en la estación, y al hojearlo se dio cuenta de que era el día de su cumpleaños. ‘Cuarenta y uno pensó’ y el hecho no le dio ni frío ni calor”* (Zweig, 1995 [1924], pág. 9). Más tarde, mientras desayunaba, ya en su casa, al revisar la correspondencia, R. notó una voluminosa carta de letra desconocida que le llamó la atención. La carta carecía de firma y remitente; *“Arriba, a manera de título aparecía escrito: ‘A ti, que nunca me has conocido’.”* (ibídem, pág. 9). Se preguntó si se trataba de una carta destinada efectivamente a él, o a una persona imaginaria.

La carta había sido escrita por una mujer que, desolada por la muerte de su único hijo y necesitada de desahogarse, decide contarle a R. su vida. Comienza contándole cómo ella debió permanecer durante interminables horas junto a la cama de su hijo luchando con la muerte, *“mientras la gripe agitaba su pobre cuerpo, ardiente de fiebre día y noche”* (ibídem, pág. 10). Ella también cree estar enferma ahora; quizás contagiada de la enfermedad del hijo. En sus palabras: *“... tengo pesada la cabeza, siento un latido en las sienes y me duelen los miembros. Creo que tengo fiebre; tal vez es la gripe que anda ahora de puerta en puerta, y esto último sería lo mejor, pues así me iría con mi hijo sin necesidad de hacer nada contra mí misma. De vez en cuando, algo oscuro se me pone delante de los ojos, y acaso no pueda acabar esta carta; pero quiero reunir todas mis fuerzas para hablar contigo esta sola vez, contigo, mi amor, que no me has conocido nunca”* (ibídem, pág. 10-11).

Prosigue su relato contando cómo se conocieron *“Cuando tú llegaste, yo tenía trece años y vivía (...) en la misma casa en la que tienes tú ahora esta carta en las manos, como el último aliento de mi vida”* (...) *“... tengo presente como si fuese hoy, el día, mejor dicho la hora,(...) en que por primera vez te vi; ¡y cómo no recordarlo, si entonces empezó para mí la vida!”* (ibídem, págs. 11 y 12).

Según sus palabras, no habían para ella otros vínculos significativos en su vida: *“Mi padre había muerto hacía muchos años; mi madre me parecía una extraña, siempre en sus recuerdos de viuda pensionista; odiaba el trato con las amigas del colegio”* (ibídem, pág. 17) . En cambio se refería a R. diciendo *“... tú eras para mí mi única vida. Nada en mi existencia cobraba sentido sino refiriéndome a ti. Cambiaste toda mi existencia”* (ibídem, pág. 17). Relata también que cuando R.

tenía que ausentarse *“mi vida no tenía sentido y era como si estuviese muerta... Me volvía loca, me aburría y enfermaba”* (ibídem, pág. 18).

Un día, cuando tenía 16 años, su madre le anunció que, nuevamente contraería matrimonio y que, por esta razón, se mudarían a Innsbruck. La noticia le resultó desgarradora y se encerró en un mundo *“oscuro, de tormento y soledad”* (ibídem, pág. 23). Dos años después, buscándolo en los lugares que él frecuentaba, tuvo con él tres noches de amor; pero él no la reconoció ni se percató que era la primera vez que ella se entregaba a un hombre. Lo que en R. era sólo una aventura pasajera, para ella era el cumplimiento de sus más intensos deseos.

Fruto de esos encuentros nació un hijo. Relata que para poder darle a su hijo una educación de mayor nivel, concurría a lugares mundanos, aceptando ayuda monetaria de sus amantes de turno. Sin embargo, rechazó varias propuestas interesantes de matrimonio porque sólo podía amar a R.

Años más tarde, cuando su hijo tenía casi diez años, tuvo un nuevo encuentro con R. en un local nocturno; pero una vez más, él no la reconoció y la trató como una prostituta dejándole furtivamente un dinero.

Termina su carta con una trágica despedida: *“Mi hijo, nuestro hijo, ha muerto; ahora no puedo querer a nadie en el mundo más que a ti. ¿Pero quién eres tú para mí, tú que nunca me has conocido...? (...) Otra vez estoy sola, más sola que nunca ...¿Por qué no debo morir alegremente si estoy muerta ya? ¿Por qué no he de abandonarlo todo si tú me has dejado?... Era preciso que esta vez hablase contigo; pero en lo sucesivo vuelvo a ser muda, vuelvo a la oscuridad, como siempre, para ti... No puedo ya continuar escribiendo...; tengo la cabeza tan pesada...; me duele el cuerpo, y tengo fiebre...; creo que tendré que acostarme en seguida... ¿Pero quién?... ¿Quién te mandará las rosas blancas en tu cumpleaños? ¡Ah, la jarra estará vacía, el tenue aliento de mi vida que allí estaba durante años, se habrá apagado! Óyeme, querido, te lo suplico... Es mi primer y último ruego...: hazme el favor de colocar rosas blancas en la jarra el día de tu cumpleaños”* (ibídem, pág. 45-46).

Al terminar de leer la carta, R., con manos temblorosas, *“...reflexionó largamente. En su conciencia se clavó el recuerdo confuso de una niña de la vecindad, de una muchacha, de una mujer en un establecimiento nocturno; pero el recuerdo era indeciso y vago como una piedra que brilla y tiembla en el fondo del agua sin que pueda concretarse su forma. Sombras que van y vienen, pero que no dibujan ninguna imagen. Sentía reflejos de antiguos sentimientos, pero no recordaba. Era como si hubiese soñado algunas figuras, soñado muchas veces y profundamente; pero sólo en realidad. Su mirada cayó sobre la jarra azul puesta sobre el escritorio. Estaba vacía, vacía por primera vez en su cumpleaños. Se asustó. Fue como si alguien invisible hubiese abierto de repente la puerta y una fría corriente de otro mundo atravesara la habitación. Sintió cerca una muerte y un amor inmortal: algo se extendió por su alma, y se quedó pensando en la amante invisible, inmaterial y apasionada, como en una música lejana”* (ibídem, pág. 46-47).

Podemos ver en las palabras con las cuales la mujer “desconocida” describe sus vivencias en el vínculo con R., aquello que hemos intentado describir como el vínculo con “el objeto para quién se vive”; es decir, el sentimiento de que nuestra vida depende, toda ella, de un único objeto. Tal como dijimos, un vínculo de similares características existió, efectivamente, durante la vida fetal. Luego del nacimiento, frente a la dificultad de adaptarse a las nuevas características del vínculo de objeto postnatal, el vínculo perdido queda altamente idealizado y, en adelante, será proyectado sobre los posteriores vínculos. De este modo, por efecto de esta transferencia, se tiende a establecer un vínculo postnatal con las características propias de la simbiosis materno-fetal.

Así, la mujer describe su relación con R. expresando que, cuando por primera vez lo vio, “...empezó para mí la vida!” (ibídem, págs. 11 y 12). “Antes de que tú mismo te hicieras presente en mi vida, había ya un nimbo alrededor de ti, una aureola de riqueza, de un ser especial y misterioso (ibídem, pág. 13). (...) Me lanzaste una suave, cálida y envolvente mirada, llena de ternura (ibídem, pág. 15) “... tú eras para mí mi única vida. Nada en mi existencia cobraba sentido sino refiriéndome a ti. Cambiaste toda mi existencia” (ibídem, pág. 17). “Durante las semanas en que andabas viajando mi vida no tenía sentido y era como si estuviese muerta... Me volvía loca, me aburría y enfermaba” (ibídem, pág. 18).

También aparecen simbolizadas en el relato las dificultades en el vínculo postnatal del recién nacido con la madre-pecho, al referir, la mujer, que su madre era para ella una extraña<sup>45</sup>, entretenida, primero, en el luto por la pérdida de su marido y ocupada, luego, en su nueva relación de pareja.

Como producto de la intensa idealización, el sujeto experimenta la vivencia de sentirse insignificante frente al objeto; este aspecto, también ha sido captado por el escritor al poner en boca de su protagonista las siguientes palabras: “pero tú no podrías darte cuenta, no podrías prestarme más atención que a la de la cuerda de tu reloj, que en la oscuridad de tu bolsillo va contando pacientemente las horas; que te acompaña a todas partes con sus imperceptibles latidos, semejantes a los del corazón, y al que sólo muy de cuando en cuando lanzas una ojeada entre millones de segundos” (ibídem, pág. 17-18).

Como ya expresamos en el trabajo, la separación que amenaza con la pérdida de ese “objeto único”, aquél “para el cual se vive”, reedita las vivencias de pérdida de la madre-umbilical posteriores al nacimiento. El sentimiento de desolación que genera esta separación se construye, como dijimos, con las inervaciones somáticas que corresponden a las sensaciones corporales experimentadas luego

---

<sup>45</sup> La *desconocida* parece aludir tanto a la falta de reconocimiento en el vínculo con el “objeto para quien se vive”, como al desconocimiento que, defensivamente, se hace del objeto actual (por ejemplo la madre-pecho) al no poder realizar el duelo por la pérdida de objeto (la madre-umbilical).

del nacimiento. Veamos cómo describe el autor el sentimiento de desolación de la protagonista cuando recibe la noticia del viaje a Innsbruck que la separará de R.:

*“... cada vez que regresaba a casa, todos los muebles de esta o la otra pieza habían sido trasladados o vendidos. Vi cómo nuestro cuarto, y con él mi vida, iba quedándose vacío. (...) Este último día sentí, sin tener que pensarlo, que ya no podría vivir sino próxima a ti. Tú solo eras mi salvación”* (ibídem, pág. 20). La angustia frente a la inminente separación la tuvo *“...tan abatida (...) como si hubiese andado por la nieve durante varias horas. Pero bajo aquella extenuación ardía aún la decisión de verte, de hablarte antes de que me separasen de ti. (...) Toda la noche, toda aquella noche terrible te esperé, querido mío. (...) una noche helada de enero. Me sentía cansada, me dolían los miembros y no había una silla para sentarme; entonces me acosté en el suelo frío.(...) Encogía los pies y brazos temblando...”* (ibídem, pág. 21). *“No sé cómo he podido sobrevivir a aquella noche”* (ibídem, pág. 22).

El sentimiento de desolación no la abandonó durante el tiempo que duró la separación de R.: *“... nada hay más terrible que la soledad entre la gente. Bien lo he experimentado en los dos años que he pasado en Innsbruck (...) en que he vivido desterrada en el seno de mi familia”* (ibídem, págs. 22 y 23).

Sin embargo, la protagonista no enferma aún de gripe; la enfermedad recién aparece frente a la muerte de su único hijo<sup>46</sup>; aquél a quién creía ligado a ella de por vida. Resulta convincente pensar que esta dolorosa pérdida<sup>47</sup> pueda experimentarse como la pérdida del “objeto para quien se vive”, sobre todo cuando, como se explicita en la carta, el vínculo con este hijo recibe por transferencia la investidura depositada previamente en el escritor R., padre del niño: *“Mi hijo... era también tuyo* (ibídem, pág. 31) *(...) eras tú mismo, pero no tú el feliz, el despreocupado que podría escapármese a cada momento, sino el dedicado —así lo creía— para siempre a mí, el ligado de por vida a mí.”* (ibídem, pág. 33).

---

<sup>46</sup> Podríamos intentar comprender también la gripe que ocasiona la muerte del niño; no resulta aventurado suponer que una madre de características tan melancólicas establezca con su hijo un vínculo de características muy narcisistas. Así, la protagonista (al igual que su propia madre), entretenida en un duelo que no consigue elaborar, abandona a su hijo “inoculándole” el mismo sentimiento de desolación del que ella no logra desprenderse.

También vemos el deseo de “inocular” la desolación a R. cuando, al final de la carta, deja translucir los aspectos más hostiles de su melancolía: *“Te estoy agradecida hasta mi último aliento. Me siento mejor: te lo he dicho ya todo (...) No notarás mi falta; eso me consuela (...) no te molesto con mi muerte..., eso me consuela, querido mío. ¿Pero quién?... ¿Quién te mandará las rosas blancas en tu cumpleaños? ¡Ah, la jarra estará vacía, el tenue aliento de mi vida que allí estaba durante años, se habrá apagado!”* (ibídem, pág. 46). Este sentimiento de desolación que, en lugar de elaborarse, se inocula, hace pensar en el carácter epidémico de la gripe.

<sup>47</sup> En otro nivel de interpretación, podemos pensar que la muerte del hijo de la protagonista representa simbólicamente a la natural separación de los hijos tras su crecimiento. Este suceso, suele vivirse como el fin de una etapa de la vida que exige un proceso de duelo que no siempre es fácil de realizar. Implica, muchas veces, resignificar la propia vida orientándola hacia otras metas; si esto no se logra, el sujeto tiene la desoladora vivencia de que su vida ha perdido el sentido, dado que los hijos que “llenaban la casa”, (es decir, “para quienes se vivía”) se han ido.

El vínculo con el hijo, ahora perdido, había representado, en palabras de la protagonista, la esperanza de poder retener por siempre a R. y evitar el sentimiento de desolación en que, tantas veces se había visto sumida por su amor no correspondido. *“Ya ves, querido; por todo eso me sentía tan dichosa al saber que iba a tener un hijo tuyo, y por ello lo callaba; así ya no te me podrías escapar...”* (ibídem, pág. 33). *“Una vez pensé poder retenerte a ti, el siempre furtivo, en tu hijo”* (ibídem, pág. 45).

La pérdida del hijo es vivida, entonces, como la pérdida de la última esperanza de poder retener para sí al “objeto para quien se vive” (R. o, en su defecto, el hijo). El sentimiento de desolación, a diferencia de lo que ocurría en las primeras épocas de la relación con R., aparece acompañado ahora de una profunda desesperanza; desesperanza que, justamente, constituye el motor de la carta desesperada y se expresa a través del desaliento<sup>48</sup>. Veamos, ahora, cómo la protagonista describe la desolación sin consuelo en que la sume la pérdida del hijo:

*“Mi hijo murió anoche; ahora me quedaré sola nuevamente.(...) Intentarán consolarme con palabras, palabras y palabras. Pero ¿de qué sirven las palabras? Sé que he de quedarme sola otra vez, y nada hay más terrible que la soledad entre la gente”* (ibídem, pág. 22).

*“Mi hijo ha muerto ayer. Durante tres días y tres noches he estado luchando con la muerte (...) Al final he caído desplomada. (...) ... no quiero mirarle para no volver a abrigar una vana esperanza y verme de nuevo desilusionada. Lo sé, lo sé, mi hijo ha muerto ayer, y ahora no me queda en todo el mundo nadie más que tú; tú, que no sabes nada de mí; tú, que entretanto te distraes con tus asuntos ... Sólo te tengo a ti, que nunca me conociste, a quien siempre he querido”* (ibídem, págs. 9 y 10).

*“Mi hijo, nuestro hijo, ha muerto; ahora no puedo querer a nadie en el mundo más que a ti. ¿Pero quién eres tú para mí, tú que nunca me has conocido; (...) que siempre te vas lejos y me abandonas en una espera eterna? (...) Otra vez estoy sola, más sola que nunca ...¿Por qué no debo morir alegremente si estoy muerta ya? ¿Por qué no he de abandonarlo todo si tú me has dejado?... Era preciso que esta vez hablase contigo; pero en lo sucesivo vuelvo a ser muda, vuelvo a la oscuridad, como siempre, para ti”* (ibídem, pág. 45).

Siguiendo las ideas que hemos desarrollado, podemos pensar que esta desolación sin esperanza, sin consuelo, se torna insoportable y es sustituida en la conciencia por el síndrome gripal: *“...tengo pesada la cabeza, siento un latido en las sienes y me duelen los miembros. Creo que tengo fiebre; tal vez es la gripe que anda ahora de puerta en puerta, y esto último sería lo mejor, pues así me iría con mi hijo sin necesidad de hacer nada contra mí misma.”* (ibídem, pág. 10-11).

---

<sup>48</sup> Escribe la protagonista en su carta: *“... en la misma casa en la que tienes tú ahora esta carta en las manos, como el último aliento de mi vida...”* (ibídem, pág. 11).

*“No puedo ya continuar escribiendo...; tengo la cabeza tan pesada...; me duele el cuerpo, y tengo fiebre...; creo que tendré que acostarme en seguida... (...) el tenue aliento de mi vida que allí estaba durante años, se habrá apagado!”* (ibídem, pág. 46).

Hasta aquí hemos interpretado esta historia como si fuese una historia sucedida entre personas reales: la protagonista enferma de gripe como un modo de defenderse frente a un sentimiento intolerable de desolación sin esperanza ni consuelo. Sin embargo, otro modo de interpretar una obra es tomarla en su conjunto, como si se tratase de un sueño soñado por el protagonista (o quizás, por el autor<sup>49</sup>); como todo sueño, la obra expresaría un deseo inconciente.

La historia deja translucir que R. es un hombre soltero y sin hijos que ha vivido solo, entre la fama y el éxito, manteniendo relaciones amorosas ocasionales y poco significativas. El relato comienza el día en que R. cumple 41 años; podemos pensar que esto simboliza el inicio de una nueva etapa de la vida que pone fin a los años jóvenes.

*“... compró un diario en la estación, y al hojearlo se dio cuenta de que era el día de su cumpleaños. ‘Cuarenta y uno pensó’ y el hecho no le dio ni frío ni calor”* (ibídem, pág. 9). Con estas palabras el autor nos transmite la sensación de que en R. las emociones aparecen negadas; negación que se hace más convincente si pensamos en que había olvidado el día de su propio cumpleaños. El día del cumpleaños es el día en que se conmemora el nacimiento, momento de la vida signado por la separación del objeto con quien, hasta entonces, se ha vivido.

Su propio olvido puede, a su vez, ser interpretado como que nadie le recordó su cumpleaños porque ninguna de las personas que lo rodean se acercó a saludarlo. La vivencia que se intenta negar es la de no sentirse significativo para nadie; la de sentirse rodeado por objetos no familiares. R., ese día, debió sentirse tan desolado como podría sentirse, en el día de su cumpleaños, un exilado en tierra extraña. Sin embargo, R. niega con indiferencia este sentimiento de desolación y no siente nada; ni frío ni calor.

---

<sup>49</sup> No disponemos de suficiente información acerca de las vicisitudes que atravesaba la vida de Stefan Zweig cuando escribió este relato; sabemos que para la época en que lo escribió tenía una edad semejante a la de su personaje R.; también escritor famoso. Algunos datos de su biografía pueden invitar a pensar en el papel que pudo jugar en su vida el sentimiento de desolación. *“STEFAN ZWEIG (Austria 1881 – Brasil 1942) fue uno de los escritores más productivos del siglo, a pesar de una accidentada vida que lo empujó dos veces al exilio, huyendo del nazismo y de la guerra. Como judío y pacifista debió alejarse de Alemania en 1934 hacia Inglaterra y nuevamente en 1940 hacia Brasil”* (Alsina Thevenet, 1999, pág. 160). *“Zweig había tenido una vida errante de la cual estaba cansado; había puesto sus esperanzas en un mundo culto y lleno de comprensión humana. Ese cansancio y la profunda depresión que le produjo el conflicto bélico que nuevamente envolvía al mundo, lo llevaron, junto a su mujer [su segunda esposa], a quitarse la vida a los sesenta y un años”* (Zweig, 1995 [1924], pág. 7) *“cuando el nazismo triunfaba en Europa”* (Alsina Thevenet, 1999, pág. 160).

*“Volvió a hojear ligeramente el diario, y en un taxi se dirigió a su casa. El criado le informó de las visitas que había tenido durante su ausencia, así como de las llamadas telefónicas, y le entregó la correspondencia sobre una bandeja. Él la miró distraído, abrió algunos sobres, cuyo remitentes le interesaban, dejó a un lado uno de letra desconocida, que le pareció muy voluminoso”* (ibídem, pág. 9). Así el autor nos describe cómo R. inicia el período de su vida posterior a los 40 años; regresa de unas cortas vacaciones a un presente que se le hace rutinario y carente de objetos significativos.

Para expresar más claramente este punto de vista interpretativo, podríamos suponer que R., aletargado por el intento de negar sus emociones y aburrido por un presente poco significativo, podría adormecerse y soñar... Soñar algo contrario a la vivencia de desolación en que se siente inmerso... Soñar que no es él el desolado, insignificante, de quien nadie recuerda el cumpleaños... Soñar, por ejemplo, que ese sobre de letra desconocida proviene de alguien para quien él es lo más importante del mundo; una ferviente admiradora<sup>50</sup>; eternamente enamorada, que sin él no desearía ni siquiera seguir viviendo<sup>51</sup>.

Entretenido en estas fantasías, el sentimiento de desolación de R. desaparece; al menos, mientras dura el sueño o la lectura de la carta. Esta situación nos hace recordar las fantasías mágicas de regreso al seno materno, que ya mencionamos al hablar de “la semana de gripe” transcurrida al amparo de “tibias sábanas” que nos alejan del mundo desolador. Tampoco esta ensoñación alcanza para evitar el sentimiento de desolación que ya se ha instalado; y, en última instancia, él mismo R. será quien deba ocuparse de las flores en cada cumpleaños.

*“Terminó de leer la carta con manos temblorosas. Después reflexionó largamente. En su conciencia se clavó el recuerdo confuso de una niña de la vecindad, de una muchacha, de una mujer en un establecimiento nocturno; pero el recuerdo era indeciso y vago (...) Sentía reflejos de antiguos sentimientos, pero no recordaba. Era como si hubiese soñado algunas figuras, soñado muchas veces y profundamente; pero sólo en realidad. Su mirada cayó sobre la jarra azul puesta sobre el escritorio. Estaba vacía, vacía por primera vez en su cumpleaños. Se asustó. Fue como si alguien invisible hubiese abierto de repente la puerta y una fría corriente de otro mundo atravesara la habitación. Sintió cerca una muerte y un amor inmortal: algo se extendió por su alma, y se quedó pensando en la amante invisible, inmaterial y apasionada, como en una música lejana”* (ibídem, pág. 46-47).

---

<sup>50</sup> *“Compré todos tus libros; el día en que tu nombre aparecía en un periódico, era para mí día festivo. ¿Quieres crearme que sé de memoria, línea a línea, tus obras? Si alguien me despertase una noche y me señalase una línea cualquiera, hoy, después de trece años, sabría continuar yo como en sueños: te digo que cada una de tus palabras ha sido, para mí un evangelio y una oración. El mundo entero no existía sino en cuanto se refería a ti.”* (ibídem, pág. 23).

<sup>51</sup> Apoya esta suposición el hecho de que el autor, tal vez como una pequeña señal oculta, escribe que cuando R. recibió la carta se preguntó: *“¿Tratábase de una carta destinada efectivamente a él, o a una persona imaginaria?”* (ibídem, pág. 9).

Pensamos que la carta, al modo de una fantasía mágica, es un intento fracasado de evitar el sentimiento de desolación en el que se encuentra el personaje, justamente, en el día de su cumpleaños. Otro intento similar podría ser el síndrome gripal que aparece ya presagiado en el sentimiento de R. que el autor describe como si se tratase de una “la fría corriente” de aire. Efectivamente, parece convincente pensar que la extraña sensación que tuvo al caer en la cuenta de que era el día de su cumpleaños y que describió diciendo que “*no le dio ni frío ni calor*”, podría terminar con una semana de gripe.

## Síntesis.

1. La gripe es una infección febril aguda de las vías respiratorias superiores de carácter epidémico, asociada a la presencia del virus *influenza*. La gran variabilidad antigénica de este virus no permite que las infecciones anteriores inmunicen al sujeto para infecciones futuras. De no haber complicaciones, la gripe es una enfermedad de curso benigno y autolimitado, para la cual no existe un tratamiento eficaz.
2. El cuadro clínico, en su forma típica, se denomina síndrome gripal. Es de comienzo brusco y, por lo general, de una semana de duración. El paciente presenta fiebre elevada, tos y catarro de las vías aéreas superiores, cefaleas, mioartralgias, astenia, dolor retroocular, y puede presentar anorexia, náuseas y vómitos. Dado que cuadros clínicos semejantes pueden aparecer frente a otras circunstancias, el síndrome gripal constituye, más allá del caso particular de la gripe, **un modo de repuesta típico**.
3. Desde una perspectiva psicoanalítica pensamos que el conjunto de signos y síntomas del síndrome gripal, al modo de una conversión mnémica, expresa y al mismo tiempo encubre, al conjunto de sensaciones somáticas normales experimentadas durante la primera semana de vida extrauterina, momento que la pediatría designa con el nombre de **período neonatal temprano** y que finaliza con la caída del cordón umbilical.
4. Desde el punto de vista fisiológico, en este período se producen cambios muy significativos tendientes al logro de una mayor autonomía y a la adaptación a un nuevo medio. Desde el punto de vista anímico, este período está signado por el duelo por la pérdida de lo que hasta entonces fue el único objeto. La caída del cordón umbilical, que pone fin a este período de cambios adaptativos intensos, se presta adecuadamente para simbolizar el duelo por el objeto perdido.
5. Las cualidades del objeto, que durante la vida fetal resultaban altamente persecutorias, luego del nacimiento, cuando el objeto se halla definitivamente perdido, quedan idealizadas defensivamente. Desde este particular punto de vista, la “madre-pecho” aparece como un pobre sustituto frente a la “madre-umbilical” perdida. Esta separación deja una profunda huella, que se erige en símbolo de toda separación traumática.
6. La madre-umbilical proveía oxígeno, abrigo y alimento en forma continua; su presencia constante y continente hace que este objeto se constituya, en sí mismo, en el mundo del feto. Por este motivo, la pérdida de la madre-umbilical es menos una pérdida de objeto, que **la pérdida de todo un entorno significativo**. Para referirnos a una vivencia tan devastadora, utilizaremos el término **desolación** dado que el término “soledad”, que significa la ausencia física de los objetos, resulta insuficiente. La presencia de la madre-pecho, que

satisface las necesidades del neonato, le permite sobrellevar la vivencia de desolación y seguir adelante. El período neonatal temprano está signado, entonces, por **el tránsito del sentimiento de desolación al sentimiento de salvación**.

7. Las relaciones semánticas y etimológicas del término desolación, permiten inferir que el sujeto que se siente desolado siente que ha sido dejado solo por ese objeto primordial que le confería una razón de ser a su existencia, y que todo su mundo, su entorno, aquello que lo sostenía y consolaba, ha sido destruido y devastado. Si bien la soledad puede despertar el sentimiento de desolación, es mucho más frecuente que este sentimiento se genere frente a la presencia física de objetos extraños que evocan dolorosamente la ausencia de los objetos significativos.
8. El sentimiento de desolación parecería corresponder, con el mismo valor de monumento conmemorativo que Freud atribuye a la angustia, a las vivencias del período neonatal temprano signadas por la pérdida de la madre-umbilical. Toda vez que nos enfrentamos con la vivencia de que el vínculo con los objetos que constituyen nuestro entorno significativo –aquellos “para quienes vivimos”–, se ha modificado sustancialmente, volvemos a sentirnos como el recién nacido que, separado de la madre-umbilical, tiene que aceptar el nuevo modo de relación que la madre-pecho propone.
9. Los recuerdos de la madre-umbilical que no fueron suficientemente duelados, se reactualizan frente a situaciones de cambio y se transfieren sobre la situación actual. De este modo los vínculos objetales actuales se experimentan con las características de la simbiosis materno-fetal. Sentimos entonces que, sin el objeto “para el cual se vive”, el mundo se ha vaciado de sentido; se ha devastado, sumiéndonos en una **desolación sin consuelo**.
10. Del mismo modo que el afecto angustia está conformado por las sensaciones somáticas experimentadas al atravesar el canal de parto, el sentimiento de desolación se “construye” con las sensaciones somáticas experimentadas luego del nacimiento. Estas sensaciones surgen a partir de los cambios fisiológicos adaptativos, en respuesta a la ruptura de la simbiosis materno-fetal.
11. La angustia y la desolación giran en torno a la situación de nacimiento pero, en tanto son afectos diferentes, como monumentos conmemorativos, simbolizan distintos sucesos traumáticos del pasado y, como procesos de descarga, expresan traumas actuales distintos. Uno, de un tinte claramente persecutorio, es el trauma del **estar naciendo**, angustiosamente, en el canal de parto; el otro, de tinte melancólico, es el trauma del **haber nacido** en la desolación de un mundo que es diferente y extraño. Mientras que la angustia esta dirigida a “lo que vendrá”, la desolación padece por “lo que se ha ido”.
12. Del mismo modo que la angustia constituye el elemento esencial de toda situación persecutoria, el sentimiento de desolación conforma la base en la

cual se apoya toda situación melancólica. En otras palabras, “en el fondo” de la melancolía encontraremos siempre la desoladora vivencia de la pérdida de un objeto sin el cual se teme no poder sobrevivir.

13. Para explicar, en términos metapsicológicos, la significativa vinculación que vemos entre la desolación y el síndrome gripal, hemos recurrido a la siguiente hipótesis: El sentimiento de desolación es un afecto complejo, que deberíamos concebir como un **estado macroafectivo** compuesto, a su vez, por afectos “menores”. Cuando el sentimiento de desolación se hace intolerable para la conciencia, los distintos afectos que componen el estado macroafectivo, se desestructuran en su clave de inervación dando lugar a los distintos signos y síntomas que, en conjunto, componen el síndrome gripal.
14. Siempre a los fines de la defensa, cada uno de los afectos que integran el estado macroafectivo tendrá la capacidad, por sí solo, de representar, simbólicamente, al conjunto entero. Así, por ejemplo un catarro nasal aislado puede expresar al mismo tiempo el llanto por una pérdida de objeto y la desolación en que tal pérdida coloca al sujeto. Encontramos, entonces, que la cantidad y variedad de trastornos que son capaces de “aludir simbólicamente” al sentimiento de desolación parece corresponder con la significancia que otorgamos a ese sentimiento al compararlo con el afecto angustia.
15. También es posible establecer un gradiente que va desde un resfrío común, pasando por un síndrome gripal, hasta llegar, por ejemplo, a la neumonía de una gripe complicada, como representante de otro gradiente en el cual la desolación se experimenta, cada vez, con mayor desconsuelo.
16. Por sus características propias, cada uno de los signos y síntomas que componen el síndrome gripal, podrá expresar un particular matiz del sentimiento de desolación:
  - Los **trastornos respiratorios** que se originan en una patología de las vías aéreas superiores podrían simbolizar una forma de desaliento donde el aislamiento y la incomunicación socio-espiritual serían los matices afectivos predominantes.
  - Las vías aéreas superiores serían el lugar del primer contacto con el aire, representante psíquico del primer objeto postnatal. Este primer contacto, íntimo y violento, con un objeto desconocido pero perentoriamente necesitado, produce sensaciones de frío y sequedad y genera un cierto grado de irritación, que, a través de la **tos**, expresa la ambivalencia frente a un objeto que marca la ausencia de la madre-umbilical perdida.
  - El **catarro** posterior sería, por un lado, el intento de protegerse del contacto con el objeto frío y seco y, al mismo tiempo, el intento de restablecer el contenido líquido del período fetal perdido. Al mismo tiempo, podría

expresar el llanto frente a la dificultad de realizar el duelo por la madre-umbilical perdida

- La **fiebre** aparece cuando el sujeto cree, equivocadamente, que se encuentra en un clima frío; cuando el sentimiento de desolación es expresado a través del síndrome gripal, lo que ahora es un clima afectivo frío es interpretado como una temperatura ambiente fría y otra vez, como entonces, se ponen en marcha los mecanismos de termogénesis. Lo que en su momento fue una respuesta normal, ahora es una respuesta inadecuada, en la cual la carencia afectiva (frialdad) actual es inconcientemente “confundida” con la falta de calor físico (frío).
- Las **mioartralgias** y la **astenia** del síndrome gripal se presentan como sensaciones de “aplastamiento” o de “apaleamiento”; como si todo pesara más de lo habitual. Pensamos que estos síntomas, como parte integrante del sentimiento de desolación, representan el sentimiento de fracaso, desánimo y desmoralización en la búsqueda por alcanzar el objeto necesitado. Como expresión simbólica, aluden a la situación por la que atraviesa el neonato frente a la fuerza de gravedad mayor del medio extrauterino.
- El recién nacido se encuentra con la necesidad de adaptar sus pautas a las nuevas condiciones del entorno, hasta ahora desconocidas; dadas las grandes diferencias entre la madre-umbilical y la madre-pecho, la posibilidad de establecer entre ambas una identidad de pensamiento exige un gran esfuerzo. Esta situación lo coloca frente a un dilema entre la dependencia y la autonomía. La **cefalea** del síndrome gripal constituye, a partir de la desestructuración del sentimiento de desolación actual, una reedición de aquel viejo dilema.
- El **dolor retroocular** al lateralizar la mirada representa el intento de buscar, durante las primeras mamadas, la mirada de la madre-pecho para reconocer en este objeto salvador, a un sustituto tolerable de la madre-umbilical perdida.
- La primera experiencia de alimentación es también el primer contacto específico con el nuevo objeto. Podemos suponer que los síntomas digestivos que a veces acompañan al síndrome gripal expresen las dificultades en los vínculos, aludiendo a las experiencias vividas en el período neonatal temprano. Tanto la **anorexia**, como las **náuseas** y **vómitos**, parecen indicar un rechazo a la madre-pecho por la dificultad de duelar definitivamente a la madre-umbilical perdida.
- La variabilidad antigénica que caracteriza al virus de la gripe explica, desde el punto de vista fisiopatológico, que un sujeto enferme de gripe reiteradas veces. Desde nuestro punto de vista, esta **reiteración** nos hace pensar en un conflicto no del todo elaborado que se actualiza frente a determinadas

circunstancias, se resuelve parcialmente, y luego regresa a su primitiva condición de disposición latente.

- De no mediar complicaciones, la **duración** de la gripe es de un lapso temporal semejante al que, en condiciones normales, el recién nacido necesita para efectuar las mayores adaptaciones a la vida extrauterina.
- Así como el síndrome gripal tiene un **comienzo brusco**, con similar característica ocurre el pasaje del medio intrauterino al mundo exterior; pasaje que, además, queda signado por cambios que se dan de manera violenta: la primera inspiración y el súbito enfriamiento de la piel. Estos elementos parecen repetirse, a manera de símbolo, en los **estornudos** del síndrome gripal.
- El **carácter contagioso** de la gripe podría comprenderse por la disposición universal al sentimiento de desolación, dado que las vivencias por las que todo sujeto atraviesa durante el período neonatal temprano poseen también un carácter traumático universal.
- La madre-umbilical posee características de ser un objeto envolvente y contenedor; por este motivo, los ámbitos sociales de pertenencia constituyen representaciones particularmente aptas para excitar las vivencias del período neonatal temprano. A partir de aquí podemos comprender por qué las situaciones de crisis sociales, políticas, bélicas, etcétera, han sido tan a menudo vinculadas a las distintas **epidemias** y **pandemias** de gripe.

## BIBLIOGRAFÍA

Albores, J. A. (1980) *Manual de Pediatría*, Buenos Aires, López Libreros Editores, 1980.

Alsina Thevenet, H. (1999) *Nuevas crónicas de cine*, Buenos Aires, Ediciones de la flor, 1999.

Alvarez, M.Z., Godoy, I.J. y Montiel, F.A. (1988) *Síndrome de Inmundeficiencia Adquirida*, Santiago de Chile, Ediciones de la Universidad Católica de Chile, 1988.

Betts, R. (1995) "Orthomyxoviridae: virus Influenza", en Mandell, Douglas y Bennett's, *Enfermedades infecciosas. Principios y Práctica*, T. 2 , Buenos Aires, Editorial Panamericana, 1997.

Booth, G. (1948) "Psicodinámica en el Parkinsonismo" en *Lecturas de Eidon N°2*, Buenos Aires, CIMP s/f.

Breuer, J. y Freud, S. (1895d) *Estudios sobre la Histeria*, en *Sigmund Freud Obras Completas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1976. Volumen II.

Bernabó (1996), en Buroni, *Fiebre*, Buenos Aires, La Prensa Médica Argentina, 1996.

Cahn, P. (1992) "SIDA y enfermedad por HIV: del virus a la clínica", en Cahn y colaboradores (1992), *PSIDA*, Buenos Aires, Editorial Piados, 1992.

Carballal, G. (1996) "Virología: aspectos generales", en Carballal G. y Oubiña J., *Virología Médica*, Buenos Aires, Editorial El Ateneo, 1996.

Carballal, G y Oubiña, J. (1996) *Virología Médica*, Buenos Aires, Editorial El Ateneo, 1996.

Cervantes S., M. de (1615) *Don Quijote de la Mancha*, Madrid, Espasa Calpe - Clásicos Castellanos, 1951, Tomo 8, Cap. 45.

Chiozza, L. (1970a) *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*, Buenos Aires, Alianza Editorial, 1998.

Chiozza, L. (1970h [1968]) "La interioridad de los trastornos hepáticos", en *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos* , Buenos Aires, Alianza Editorial, 1998.

Chiozza, L. (1975b) "La enfermedad de los afectos", en *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Buenos Aires, Alianza Editorial, 1998.

Chiozza, L. (1986a) "Con los cables pelados...", en *¿Por qué enfermamos?*, Buenos Aires, Alianza Editorial, 1993.

Chiozza, L. (1991b [1989]) "Organsprache. Una reconsideración actual del concepto freudiano", en *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Buenos Aires, Alianza Editorial, 1998.

Chiozza, L. (1998 [1993]) "El significado y la forma en la naturaleza y en la cultura", en *Presencia, transferencia e historia*, Madrid/Buenos Aires, Alianza Editorial, 2000.

Chiozza L.; Califano, C.; Korovsky, E.; Malfé, R. Turjansky, D. y Wainer, G. (1970b [1968]) "Una idea de la lágrima", en Luis Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Buenos Aires, Alianza Editorial, 1998.

Chiozza, L.; Aizanberg, S. y Busch, D. (1991b [1990]) "Cefaleas vasculares y accidentes cerebrovasculares", en Luis Chiozza, *Los afectos ocultos en...* Buenos Aires, Alianza Editorial, 1997.

Chiozza, L.; Dayen, E. y Salzman, R. (1991c [1990]) "Fantasía específica de la estructura y el funcionamiento óseo", en Luis Chiozza, *Los afectos ocultos en...* Buenos Aires, Luis Chiozza, Alianza Editorial, 1997.

Chiozza, L.; Baldino, O.; Funosas, M. y Obstfeld, E. (1991d [1990]) "Los significados de la respiración", en Luis Chiozza, *Los afectos ocultos en...*, Buenos Aires, Alianza Editorial, 1997.

Chiozza, L. y Obstfeld, E. (1991a [1990]) "Psicoanálisis del trastorno diabético", en Luis Chiozza, *Los afectos ocultos en...*, Buenos Aires, Alianza Editorial, 1997.

Chiozza, L. y Grus, R. (1993a [1992]) "Psicoanálisis de los trastornos urinarios", en Luis Chiozza, *La transformación del afecto en enfermedad* (Segunda Edición), Buenos Aires, Alianza Editorial, 1998.

Chiozza, L.; Barbero, L.; Casali, L. y Salzman, R. (1993g [1992]) "Una introducción al estudio de las claves de inervación de los afectos", en Luis Chiozza, *La transformación del afecto en enfermedad* (Segunda Edición), Buenos Aires, Alianza Editorial, 1998.

Chiozza, L.; Boari, D.; Chiozza, G.; Corniglio, H.; Funosas, M.; Grus, R.; Pinto, J. y Salzman, R. (1997b [1995]) "El significado inconciente específico del SIDA", en Luis Chiozza, *Del afecto a la afección*, Buenos Aires, Alianza Editorial, 1997.

Chiozza, L.; Busch, D.; Corniglio, H.; Obstfeld, M. y Pinto, M. (1997c [1995]) "Los significados inconcientes de la función tiroidea", en Luis Chiozza, *Del afecto a la afección*, Buenos Aires, Alianza Editorial, 1997.

Coto, C. E. (1996) "Los virus", en Basualdo, J. A., Coto, C.E. y Torres, R. A. *Microbiología biomédica*, Buenos Aires, Editorial Atlante, 1996.

Couch, R. B. (1984) "Ortomixovirus: gripe", en Stein, J. H. y colaboradores *Medicina interna*, Barcelona, Editorial Salvat, 1984. Segunda reimpresión.

Davis, B.D., Dulbecco, R., Eisen, H. N., Ginsberg, H.S. y Wood, W.B., (1970) *Tratado de microbiología*, Barcelona, Editorial Salvat, 1974.

Dolin, R. (1994) "Gripe", en Harrison, *Principios de Medicina Interna*, Madrid, Editorial Interamericana, Mc Graw-Hill-Interamericana de España, 1994.

- El Ateneo (1992) *Diccionario de ciencias médicas* (1992), Barcelona, Editorial El Ateneo, 1992.
- Fattoruso, V. y Ritter, O. (1963) *Vademécum Clínico*. Buenos Aires, Editorial El Ateneo, 1973.
- Fodor, N. (1949) *The Search For The Beloved*, New York, Hermitage Press, 1949.
- Freud, S. (1900a) *La interpretación de los sueños*, en *Sigmund Freud Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1976. Volumen IV y V.
- Freud, S. (1916-17 [1915-1917]) “25ª conferencia. La angustia”, en *Conferencias de introducción al psicoanálisis*, en *Sigmund Freud Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1976. Volumen XVI.
- Freud, S. (1926d) *Inhibición, síntoma y angustia*, en *Sigmund Freud Obras Completas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1976. Volumen XX.
- García Marquez, G. (1970) *Relato de un naufragio*, Buenos Aires, Editorial Sudamericana. 1987.
- Guyton, A. C. y Hall, J. E. (1998). *Tratado de Fisiología Médica*. McGraw Hill, Interamericana de España, México, 1998. Novena Edición.
- Hayden, F. G. (2000) “Interferons”, en Mandell, Douglas y Bennett, *Principles and Practice of Infectious Diseases*, 5<sup>th</sup> ed., Copyright © 2000 Churchill Livingstone, Inc.
- Irving, B. s/f “Right from the start”, film de la Harris Foundation, Chicago. The child development media, Inc Vol II, catálogo N° 11505
- Klein, M. (1959) “Sobre el sentimiento de soledad”, en *Obras Completas de Melanie Klein*, Buenos Aires, Paidós, Hormé, 1974. Tomo 6.
- Knez, V. (1996) “Ortomixoviridae: Virus Influenza”, en Basualdo, J.A., Coto, C.E. y Torres, R.A., en *Microbiología biomédica*, Buenos Aires, Editorial Atlante, 1996.
- Lewis y Short (1991) *Latin Dictionary*, Oxford, Oxford University Press, 1991
- Libonatti, E. y Tchoulamjan, A. (1993 [1973]) *Manual de enfermedades infecciosas. Clínica y epidemiología*, Buenos Aires, López Libreros Editores, 1993.
- Manrique, J. (1476) *Cancionero*, Madrid, Editorial Espasa Calpe - Clásicos Castellanos, 1941.
- Marín (1991) *Diccionario de medicina*, Barcelona, Editorial Marín, 1991.
- Moliner, M. (1994) *Diccionario de uso del español*, Madrid, Editorial Gredos, 1994.
- Pecci Saavedra, J.; Vilar, O. y Pellegrino de Iraldi, A. (1979) *Histología Médica*, Buenos Aires, López Libreros Editores, 2da. edición, 1984.

Pickering, J.M.; Smith, H.; Sweet, C. (1992) "Influenza virus pyrogenity: central role of structural orientation of virion components and involvement of viral lipid and glycoproteins", *Journal of General Virology*, 1992 Jun; 73 (pt 6) : págs. 1345-54.

Racker, E. (1948) "Sobre un caso de impotencia, asma y conducta masoquística", en *Revista de psicoanálisis*, Asociación Psicoanalítica Argentina, Vol. V, Buenos Aires, 1948.

Rascovsky, A. y colab. (1960) *El psiquismo fetal*, Buenos Aires, Editorial Paidós. 1960.

Real Academia Española (1992), *Diccionario de la lengua española*, 21ª edición, Madrid, Espasa-Calpe, 1992.

Salvat (1983) *Diccionario médico*, Barcelona, Salvat, Biblioteca médica de bolsillo, 1983. Segunda Edición.

San Miguel, J. G. (1982) "Enfermedades producidas por virus" en Farreras Valenti, P. y Rozman, C., *Medicina Interna*, Barcelona, Editorial Marín, 1984, tomo II.

Segal, H. (1979) *Melanie Klein*, Madrid, Alianza Editorial. 1985.

Votta, R. A.; Parada, O. H. y colab. (1985) *Obstetricia*, Buenos Aires, López Libreros Editores, 1985.

Wallace, A. y Clyde, Jr. (1994) "Infecciones por Micoplasma" en Harrison, *Principios de Medicina Interna*, Madrid, Editorial Interamericana. Mc Graw-Hill – Interamericana de España, 13ª Edición. 1994.

Wahrig, G. (1982) , *Deutsches Wörterbuch*. Mosaik Verlag, 1996.

Weizsaecker, V. (1944) "Die Grundlagen der Medizin", pág. 7-28, en *Gesammelte Schriften*, Suhrkamp Verlag, Frankfurt a/Main, 1987. Tomo 7.

Weizsaecker, V. (1947) "Von den seelischen Ursachen der Krankheit", pág. 399-417, en *Gesammelte Schriften*, Suhrkamp Verlag, Frankfurt a/Main, 1987. Tomo 6.

Zweig, S. (1924) *Carta de una desconocida*, Santiago de Chile, Editorial Andrés Bello, 1995.