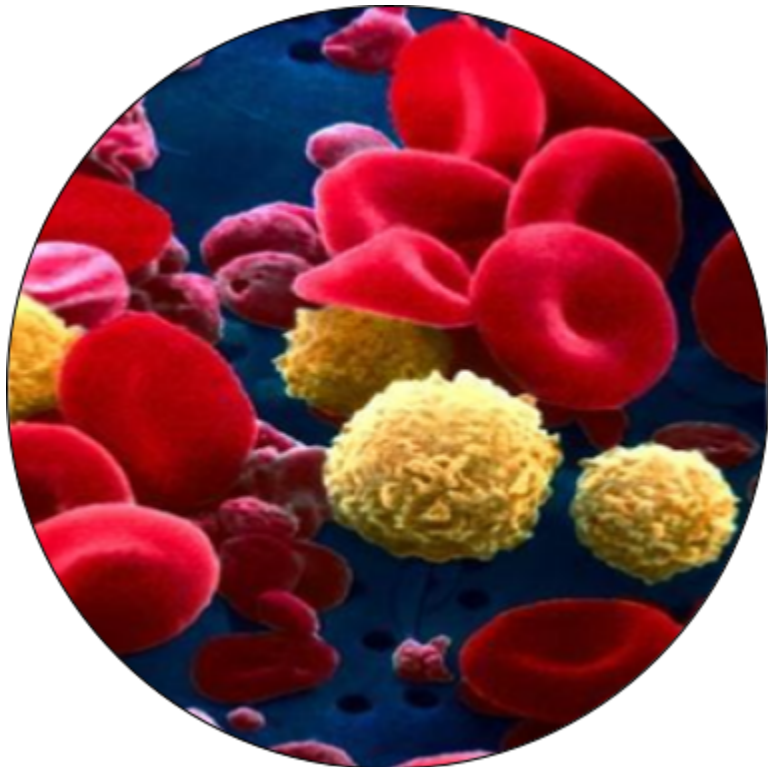


Fundación Luis Chiozza
Departamento de Investigación
NOVIEMBRE 2007

UN ESTUDIO PSICOANALÍTICO DE LA ANEMIA

Luis Chiozza, Gustavo Chiozza
María Estela Bruzzon, Mirta F. de Dayen y
Gloria I. de Schejtman



CONCEPTOS HEMATOLÓGICOS BÁSICOS ACERCA DE LA ANEMIA¹

Con el término anemia la medicina designa a un estado patológico en el cual la cantidad de hemoglobina —una proteína de la sangre presente en los glóbulos rojos— es inferior a lo considerado normal. Otra definición contempla la disminución de la cantidad de glóbulos rojos en sangre, pero dado que la función de estas células, como veremos, es ejercida fundamentalmente por la hemoglobina, se considera más correcto definir a la anemia por la concentración de hemoglobina, independientemente de si la cantidad de los glóbulos rojos está o no disminuida. La palabra proviene del griego y, en su sentido original, significa “sin sangre” o “falta de sangre”, ya que está formada por la partícula privativa *an* y el sustantivo *haima*, que significa sangre.

Para aquellos de nosotros poco familiarizados con la clínica médica, quizás convenga mencionar que la forma más frecuente de anemia —la anemia por deficiencia de hierro o anemia ferropénica— está considerada la patología orgánica más usual en medicina (Lee, 1994). A nivel global, la deficiencia de hierro es el segundo problema nutricional más importante por detrás de la insuficiencia calórica —es decir, el hambre y la desnutrición—. Se calcula que afecta a un tercio de la población mundial, lo que representa unos dos mil millones de personas. *«En India, donde la enfermedad por gusanos es frecuente y es obligatorio ser vegetariano por la religión, la deficiencia de hierro es especialmente frecuente. En Estados Unidos, donde el problema nutricional principal es la obesidad, la deficiencia de hierro es también el segundo problema nutricional más frecuente»* (Fairbanks y Beutler, 2005, pág. 453).

Dado que la carencia de hierro conduce a la anemia sólo en sus formas avanzadas, se estima que, en la mayoría de las poblaciones, la deficiencia de hierro tiene una incidencia 3 ó 4 veces mayor que la de la anemia; así, mientras que de un 30% a un 50% de las mujeres aparentemente sanas en edad reproductiva en Estados Unidos, Suecia y Japón, tienen depleción de hierro, de un 4% a un 10% de ellas tienen anemia (Ibíd.). Según otro estudio llevado a cabo en Estados Unidos entre 1976 y 1980, un 5% de los varones y un 14% de las mujeres presentaban déficit de hierro, de los cuales un 3% y un 4 a 6%, respectivamente, presentaban anemia definida (Lee, 1994).

¹ Agradecemos la colaboración de la Dra. Andrea Rossi para la elaboración de los aspectos hematológicos de este trabajo. La forma en que han sido vertidos los conceptos que integran este apartado es de nuestra exclusiva responsabilidad.

Definición, composición y funciones de la sangre:

La sangre es un tejido líquido cuya principal función es la de transportar a los demás tejidos del organismo, el oxígeno, los nutrientes y otras sustancias necesarias para su normal funcionamiento. También transporta los diversos productos de desecho desde estos tejidos hacia los órganos de excreción. Esta función de transporte también permite la comunicación entre los distintos tejidos del organismo, de modo que puede decirse que la sangre presta el "apoyo logístico" necesario para que cada parte del cuerpo lleve a cabo su particular función (Fawcett, 1986, pág. 111).

Las células que componen este tejido se hallan suspendidas en un medio líquido, denominado *plasma sanguíneo*, que contiene proteínas, electrolitos y pequeñas moléculas orgánicas. Existen en la sangre tres tipos celulares distintos: los glóbulos rojos o eritrocitos, los glóbulos blancos o leucocitos y las plaquetas. Cabe consignar que ni los eritrocitos ni las plaquetas constituyen verdaderas células. El eritrocito en su fase madura carece de núcleo y de las organelas citoplasmáticas que definen a las células verdaderas. Por este motivo, algunos autores consideran que los términos de "célula roja de la sangre" y "eritrocito" son, en rigor de verdad, inapropiados; según ellos, sería más exacto describirlos con el nombre de eritroplasto ya que el sufijo "plasto" denota cualquier unidad organizada primitiva de materia viviente (Dorland, 1992; Fawcett, 1986, pág. 112). Algo similar sucede con las plaquetas que no poseen núcleo ni ADN; si bien se las incluye entre las células de la sangre son, en realidad, partículas del citoplasma de la célula que las originó (llamada megacariocito). No obstante esto, dado que en toda la bibliografía se menciona a eritrocitos y plaquetas como células, hemos optado por mantener esta denominación.

Dado que nuestro interés hoy son los glóbulos rojos, mencionemos someramente que bajo el nombre general de leucocitos se incluye un conjunto heterogéneo de células pertenecientes al sistema inmunitario (neutrófilos, linfocitos, basófilos, eosinófilos y monocitos) y que las plaquetas intervienen en el proceso de coagulación que repara el árbol vascular y limita las hemorragias.

Hematopoyesis:

La producción de sangre, o hematopoyesis, comienza en las etapas tempranas de la vida embrionaria; las células de la sangre se forman, primero, en el saco vitelino, posteriormente lo hacen en el hígado y, en menor grado, en el bazo. Alrededor de la vigésima semana de vida embrionaria, la hematopoyesis comienza a cumplirse en la médula ósea, y progresivamente este órgano se constituye en el principal formador de la sangre.

En la médula ósea hay un pequeño número de células que tienen la capacidad tanto para duplicarse como para iniciar un proceso evolutivo de diferenciación. Se las llama *células madre hemopoyéticas pluripotenciales* o *células troncales* porque son capaces de diferenciarse generando los distintos tipos de linajes sanguíneos (eritrocitos, leucocitos y plaquetas). La descendencia inmediata de las células troncales se designa *célula progenitora* y son de dos tipos: las *linfoides* que dan origen a los linfocitos y las *mieloides* que dan origen a los eritrocitos, a las plaquetas y al resto de los glóbulos blancos. Cuando las células progenitoras se diferencian hasta hacerse morfológicamente reconocibles, se las denomina *células precursoras*; por ejemplo, células precursoras de plaquetas o células precursoras de eritrocitos.

La eritropoyetina es una hormona que actúa sobre las células precursoras eritroides favoreciendo su maduración, a través de varias fases (eritroblastos basófilos, policromáticos y ortocromáticos), hasta alcanzar el estado de eritrocito maduro. El tiempo normal que requiere una célula eritroide para madurar a glóbulo rojo circulante es de cinco a siete días. Durante ese proceso la célula disminuye progresivamente de tamaño, aumenta su contenido hemoglobínico y va perdiendo la mayor parte de las organelas citoplasmáticas. En la última fase, el proceso concluye con la condensación y expulsión del núcleo (eritroblasto ortocromático o normoblasto). A partir de ese momento es introducido a la circulación sanguínea y en un lapso aproximado de 24 horas pierde el resto de las organelas citoplasmáticas. Se considera normal, entonces, que hasta un 1% del total de eritrocitos circulantes sean aún eritrocitos inmaduros; se los denomina *reticulocitos* por la forma reticular que adquieren a la observación por la presencia de sus ribosomas residuales.

Los eritrocitos tienen una vida de ciento veinte días y a medida que van envejeciendo son eliminados de la circulación y destruidos por los macrófagos del bazo y médula ósea. Cuando, por alguna razón, aumenta la destrucción de los eritrocitos circulantes la necesidad de restituir velozmente la población de eritrocitos sanguíneos acelera la eritropoyesis. Esta aceleración se ve reflejada en un aumento en sangre circulante de reticulocitos. En estos casos, el porcentaje de reticulocitos en sangre constituye un índice fiable de la capacidad regenerativa medular. En ciertas anemias, por ejemplo, la eritropoyesis llega a aumentar su ritmo de producción entre ocho y diez veces.

Entre el 5 y el 10% de los eritroblastos normales de la médula ósea son destruidos antes de completar su proceso de maduración; de modo que se considera que existe un cierto grado de ineficacia normal de la eritropoyesis. Cuando la ineficacia supera esos valores, se la considera *diseritropoyesis* y puede ser causa de anemia.

Para una eritropoyesis normal es imprescindible la presencia de un conjunto de sustancias y de factores madurativos, muchos de los cuales deben ser aportados por la dieta. El hierro —esencial para la síntesis de hemoglobina—, la piridoxina (vitamina B₆), el folato (ácido fólico o vitamina B₉) y la cobalamina (vitamina B₁₂). El déficit de estos factores constituye, como veremos, la base de las llamadas anemias carenciales.

En el adulto normal el contenido total de hierro es de 3 a 5 gramos y se halla distribuido entre las distintas proteínas del organismo. Existen depósitos de hierro en el hígado, el bazo y la médula ósea. Diariamente el varón pierde 1mg de hierro en la excreción, mientras que en la mujer, por la pérdida sanguínea menstrual, este valor puede llegar a duplicarse. El organismo tiende a conservar su contenido total de hierro; la casi totalidad de la provisión fisiológica de hierro se obtiene de los eritrocitos que se destruyen. Una cantidad mucho menor se obtiene de la ingesta de ciertos alimentos como la leche, las carnes rojas, el pescado, la soja y la espinaca. La absorción de hierro en el intestino delgado es extremadamente lenta, de unos pocos miligramos al día, y es favorecida o impedida según el tipo de dieta. El hierro es transportado por una proteína plasmática, la transferrina, hasta las células de la médula ósea capaces de formar la hemoglobina.

Los eritrocitos:

Los eritrocitos son las células encargadas del transporte de oxígeno; en condiciones normales, ocupan aproximadamente el 45% del volumen sanguíneo, mientras que leucocitos y plaquetas ocupan juntos, entre el 0,5 y el 1%. El 54% del volumen restante está formado por el plasma sanguíneo. La relación entre el volumen sanguíneo y el volumen eritrocitario se denomina hematocrito; constituye un reflejo indirecto, no del todo fidedigno, de la cantidad de eritrocitos en sangre, ya que el volumen eritrocitario no depende solamente de la cantidad sino también del tamaño de cada glóbulo rojo.

El eritrocito tiene una forma bicóncava característica que facilita su saturación inmediata con el oxígeno; su membrana plasmática posee una gran flexibilidad que le permite adelgazarse para pasar, uno a uno, por estrechos capilares cuyo diámetro es la mitad del diámetro del eritrocito, y recuperar luego su forma original.

Su nombre proviene de los términos griegos *erithrós*, que significa rojo, y *kýtos* que significa cavidad hueca, de donde proviene el sufijo 'cito' con el sentido de célula. El color rojo de la sangre se debe a la abundancia de estas "células rojas", las cuales, a su vez, son rojas debido a un grupo químico llamado "hemo" presente en la hemoglobina.

La hemoglobina:

La hemoglobina es la proteína que le permite al eritrocito llevar a cabo su función específica de transportar oxígeno; es el componente esencial de los eritrocitos maduros y el más abundante, ya que constituye el 95% del contenido proteico de estas células. Se trata de una proteína conjugada, es decir una proteína unida a una porción no proteica llamada grupo prostético. La parte proteica está constituida por cuatro cadenas de globina en forma de tetrámero al que se une el grupo prostético llamado hemo. El hemo es una porfirina formada por cuatro anillos pirrólicos "engarzados" por su centro a un átomo de hierro.

El papel de la hemoglobina en el transporte de oxígeno depende de su capacidad de captarlo y liberarlo, como respuesta a los cambios de la presión parcial de este gas. Cuando los eritrocitos atraviesan los capilares de los alvéolos pulmonares, donde la presión parcial de oxígeno es elevada, la hemoglobina fija reversiblemente el oxígeno hasta saturarse. Cuando los eritrocitos atraviesan los capilares de los demás tejidos del organismo, donde la presión parcial de oxígeno es menor que en los alvéolos pulmonares, la hemoglobina saturada libera el oxígeno que es captado por las células de estos tejidos. La hemoglobina que ha liberado el oxígeno, ahora es capaz de fijar el anhídrido carbónico, abundante en los tejidos y escaso en la sangre capilar. Al pasar nuevamente por los capilares pulmonares, la hemoglobina cede al espacio alveolar el anhídrido carbónico y vuelve a captar oxígeno. Cabe consignar que la acumulación de anhídrido carbónico acidifica el medio interno corporal, de modo que esta función de "limpiar" el anhídrido carbónico de los tejidos hace que la sangre participe, junto con la respiración, en la regulación del equilibrio ácido-base corporal.

La afinidad de la hemoglobina por el oxígeno experimenta dos cambios decrecientes durante el desarrollo del individuo. El primero sucede en el pasaje del período embrionario al fetal y el segundo, poco antes del nacimiento, alrededor de la trigésimo cuarta semana de gestación. Como consecuencia de estos cambios en la afinidad por el oxígeno, se pueden identificar tres variantes de hemoglobina: la embrionaria, la fetal y la del adulto.

La mayor afinidad de las formas prenatales de hemoglobina está en relación directa con el hecho de que en la vida prenatal el oxígeno debe captarse, no del espacio alveolar de los pulmones, sino de la sangre materna. Se comprende que para poder obtener el oxígeno, tanto la hemoglobina del embrión como la del feto, deben poseer una mayor afinidad por el oxígeno que la hemoglobina en su forma adulta, presente en la sangre materna.

La persistencia de la hemoglobina fetal en la vida postnatal significa un trastorno en la oxigenación de los tejidos ya que, si bien esta hemoglobina se satura muy fácilmente en los capilares alveolares de los pulmones, al llegar a los restantes tejidos, la mayor afinidad por el oxígeno se revela como una mayor reticencia a liberarlo, aún a las bajas presiones parciales de oxígeno de los tejidos carentes.

Definición y diagnóstico de anemia:

La cantidad de hemoglobina que el organismo necesita para su normal funcionamiento varía de acuerdo a distintos factores, por ejemplo, la concentración de oxígeno atmosférico. Además, existen mecanismos de compensación que se activan de modo distinto en cada persona y en cada circunstancia. Así, por ejemplo, una baja concentración de hemoglobina de larga data y adquirida gradualmente puede no generar repercusiones clínicas dado que la oxigenación de los tejidos se halla conservada, mientras que una disminución menor pero producida de manera aguda puede generar síntomas.

No obstante estas consideraciones, hoy en día el diagnóstico de anemia no se basa en las manifestaciones clínicas que surgen de la incapacidad de la masa eritrocitaria para transportar oxígeno, sino en valores estandarizados de concentración de hemoglobina en sangre. La Organización Mundial de la Salud ha fijado límites de referencia para la concentración de hemoglobina en sangre, por debajo de los cuales el sujeto, sin más, es considerado anémico. Estos valores son 12 gramos por decilitro para la mujer (no embarazada) y 14 para el hombre.

Según creemos entender, este criterio *supone* que cuando un sujeto tiene menos concentración de hemoglobina de lo esperable, aunque la función de transportar oxígeno esté conservada, ha perdido parte de su flexibilidad adaptativa en lo atinente a esa función y por lo tanto no puede considerárselo sano, desde ese punto de vista. La definición cuantitativa, propuesta por la OMS y aceptada por el consenso médico, a los fines estadísticos, tiene la ventaja de ser clara, sencilla y objetiva; sin embargo, frente al caso clínico individual, las cosas rara vez resultan claras y sencillas. En efecto, no es sencillo ni fácil determinar si un varón con 12 gr/dl de hemoglobina tiene una anemia que no se manifiesta clínicamente a expensas de los mencionados mecanismos de compensación, o si es un sujeto normal y sano que se halla fuera de los patrones estadísticos establecidos por la OMS.

Otros autores (Weatherall y Bunch, 1998, pág. 204) consideran que la mejor definición de anemia es una definición funcional según la cual el diagnóstico de anemia se establece cuando la masa eritrocitaria es incapaz de hacer frente a las demandas de oxígeno, a pesar de los mecanismos de compensación. En otras

palabras, para estos autores vale la pena hablar de anemia cuando los síntomas del paciente evidencian el trastorno de la función. Contrariamente, para el criterio consensualmente aceptado, la concentración de hemoglobina en sangre por debajo de los valores referidos por OMS *supone* el trastorno funcional aún sin evidencias clínicas.

Una vez realizado, mediante el dosaje de hemoglobina, el diagnóstico de anemia, se recurre a una serie de pruebas de laboratorio para determinar su etiología. Entre estas pruebas las más habituales son el *recuento de eritrocitos*, el *volumen corpuscular medio* que informa sobre el tamaño de los eritrocitos, el *recuento de reticulocitos* y el examen morfológico de la sangre por medio de un *extendido sanguíneo o frotis*.

Dado que el transporte de oxígeno a través de la hemoglobina contenida en los glóbulos rojos es un proceso complejo que depende a su vez de muchos y variados factores, son muy diversas las situaciones en las cuales esta función puede verse menoscabada. En otras palabras, son muy diversas las fallas que pueden desembocar en anemia. Así, por ejemplo, una hemorragia aguda, con la consiguiente pérdida de glóbulos rojos, puede ocasionar un descenso de la cantidad de hemoglobina. Si la hemorragia es pequeña pero crónica, la constante pérdida de hierro puede derivar, si los depósitos agotados no se reponen con la ingesta, en la imposibilidad de sintetizar hemoglobina. Una situación semejante ocurre cuando, por falta de ingesta o por alteraciones gastrointestinales que impiden la absorción, se llega a un estado de carencia de ciertas sustancias necesarias para la síntesis de hemoglobina como la piridoxina o el folato. También pueden ser causa de anemia anomalías genéticas en la síntesis de hemoglobina o en la síntesis de los eritrocitos que derivan en su destrucción por anomalías morfológicas. La falta de eritropoyetina o su trastorno, podría derivar en un déficit en la producción de eritrocitos.

Clasificación y causas de las anemias:

Son tantas y tan variadas las distintas causas de anemia que se han ensayado múltiples criterios de clasificación. Actualmente, entre las clasificaciones más habituales se destacan dos: las que se guían por un criterio morfológico, que toma en cuenta el tamaño y el contenido de hemoglobina de los eritrocitos, y las que siguen un criterio fisiopatológico que distingue las situaciones en las cuales la capacidad de regenerar eritrocitos está conservada, de aquellas en las cuales no lo está. Dado que no se trata de criterios excluyentes, cada anemia puede ser contemplada desde ambos criterios.

El criterio morfológico clasifica las anemias por el tamaño de los eritrocitos, en *microcíticas*, *normocíticas* y *macrocíticas*. Este criterio es el más simple y directo;

permite una rápida diferenciación por la mera observación al microscopio y es de gran utilidad práctica ya que facilita una orientación etiológica.

El criterio fisiopatológico divide a las anemias en *regenerativas* o *arregenerativas*. Las primeras se denominan así porque la producción de eritrocitos está conservada, aunque no sea suficiente para compensar la disminución en la concentración de hemoglobina. Esta capacidad regenerativa, como ya mencionamos, se evidencia por el aumento del número de reticulocitos en sangre. Además de las hemorragias, otra causa de pérdida de eritrocitos es la destrucción, también llamada hemólisis. Las anemias hemolíticas pueden obedecer a diversas causas entre las que se agrupan las congénitas (membranopatías, hemoglobinopatías, enzimopatías) y las adquiridas (autoinmunitarias, mecánicas, tóxicas y metabólicas, entre otras).

Las arregenerativas se deben a un defecto en la eritropoyesis. Las causas son diversas y pueden ubicarse en las distintas etapas de la línea madurativa eritropoyética. A veces, el déficit de producción de la médula ósea afecta la hematopoyesis en general; en este caso la eritropenia suele acompañarse de disminución de glóbulos blancos (leucopenia) y de plaquetas (plaquetopenia). Otras veces el defecto está restringido a la serie roja, por ejemplo, las anemias por disminución en la síntesis de hemo —como la ferropénica—, o en la síntesis de globina —como las talasemias—, o por carencia de ácido fólico o de vitamina B₁₂. Una variante de esta última es la llamada anemia *perniciosa* en la que existe un déficit de una glucoproteína (“factor intrínseco”) secretada por las paredes gástricas, necesaria para la absorción de la vitamina B₁₂.

Algunas formas de anemia:

La forma más frecuente de todas las anemias, como dijimos, es la *ferropénica*. En ella, la carencia de hierro impide la generación del grupo hemo. A los síntomas y signos típicos de toda anemia —derivados del déficit en el transporte de oxígeno— se le suman aquellos ocasionados por la falta de hierro, vital para otros sistemas enzimáticos; por ejemplo, fragilidad de las uñas, a veces con uñas en forma de cuchara (coiloniquia), disfagia debido a la formación de una membrana en el esófago superior e inflamación de la lengua (glositis) que, además, se torna lisa por la pérdida de sus papilas.

En bebés y niños pequeños la deficiencia de hierro se debe principalmente a carencias dietarias y puede generar, además de anemia, alteraciones del crecimiento y del desarrollo intelectual. En mujeres jóvenes suele deberse a la pérdida sanguínea de la menstruación o a consecuencia del embarazo. En adultos mayores suele deberse a sangrado de distintos orígenes, como

gastrointestinal, hemorroidal, úlcera péptica, hernia del hiato, cáncer de colon, miomas o cáncer uterinos, etc.

Otra forma de anemia bastante frecuente es la *talasemia* o *anemia del Mediterráneo*, dado que se asocia a genes propios de los pobladores de esa región y sus descendientes. Se trata de una anomalía genética hereditaria que impide la adecuada síntesis de una de las cadenas polipeptídicas de la hemoglobina. En la *talasemia menor* el sujeto hereda el gen anómalo de uno de sus padres mientras que el gen homólogo del otro progenitor es normal. Cuando el sujeto hereda genes anómalos de ambos padres —es decir es homocigota para ese gen— la anemia se denomina *talasemia mayor*; se trata de una enfermedad mucho más grave dada la imposibilidad de sintetizar adecuadamente la hemoglobina.

Cuadro clínico:

Dado que todas las formas de anemia comparten un déficit en la función hemoglobínica, los signos y síntomas que se derivan del insuficiente transporte de oxígeno son típicos y comunes a todas ellas —aunque, por lo expresado en el apartado de definición y diagnóstico de anemia, estos signos y síntomas no siempre estén presentes—.

El *signo* más característico de la anemia es la *palidez* en piel y mucosas. Como la hemoglobina es lo que da el color rojo a la sangre este signo es, en parte, expresión directa de su bajo contenido en la sangre que perfunde los tejidos, pero también se acentúa por la vasoconstricción periférica que se produce para permitir un mejor suministro sanguíneo a los órganos nobles. Se lo observa mejor en el velo del paladar, en la conjuntiva ocular y en la región subungueal, ya que en estas zonas los capilares sanguíneos son más superficiales y, por lo tanto, la hipocromía se hace más visible a la observación directa.

El *síntoma* más característico de la anemia es la *astenia* y deriva directamente del insuficiente transporte de oxígeno a los tejidos; el paciente padece sensación de lasitud, de debilidad y de fatiga. Luego de esfuerzos menores, suele manifestar un cansancio que le parece desproporcionado con la tarea realizada. Otros signos y síntomas derivan de los mecanismos de compensación —aumento de las frecuencias respiratoria y cardíaca—, de modo que puede aparecer disnea, taquicardia, palpitaciones y, en casos más graves, angor de esfuerzo y calambres nocturnos.

Otros efectos de la anemia, debidos a la anoxia relativa del sistema nervioso, son los neurológicos. Pueden aparecer cefaleas, vértigo, zumbido de oídos, sensación de frío, dificultad para la concentración mental y, en estados de anemia severa,

hemorragias del fondo de ojo (Weatherall y Bunch, 1998, pág. 205). Si la hemoglobina desciende muy por debajo de los límites normales puede, incluso, llevar al paciente al estado de coma y a la muerte.

A veces aparecen una serie de signos y síntomas cuya fisiopatología no es bien conocida. Así, se describen síntomas gastrointestinales, anorexia y náuseas, y también otros síntomas como insomnio, pérdida de la libido, irregularidad menstrual y trastornos de la función renal. Estos últimos favorecen la aparición de edemas en las extremidades y de micción con intervalos breves, por disminución de la capacidad vesical, sin aumento del volumen total de producción diaria de orina (polaquiuria).

EL SIGNIFICADO INCONCIENTE DE LA ANEMIA

El psicoanálisis sostiene que toda estructura o función corporal es fuente de un impulso que participa de la excitación general del organismo, aportando un componente particular y propio, cualitativamente diferenciado. De modo que la sangre, como tejido, posee para el psiquismo un significado particular; significado que, a su vez, puede desglosarse en otros significados parciales, acordes a las distintas funciones que posee este tejido. Así, por ejemplo, el sentido de la expresión "*somos de la misma sangre*", en alusión a una identidad compartida, nace de las funciones inmunitarias que, como vimos, ejercen los linfocitos sanguíneos (glóbulos blancos).

De las distintas funciones que posee la sangre, la primordial es la de transportar oxígeno y nutrientes a los distintos tejidos del organismo. Dado que el transporte de oxígeno es mucho más perentorio que el transporte de nutrientes podríamos pensar que esta función —la de transportar oxígeno— tiene una importancia crucial y, como tal, puede representar al conjunto entero de sus funciones. Apoya esta afirmación el hecho de que las células sanguíneas encargadas únicamente del transporte de oxígeno, los glóbulos rojos, sean la población celular más numerosa.

Si la sangre es roja, esto se debe a la gran cantidad de eritrocitos sanguíneos; más aún: lo que da el color rojo, tanto a la sangre como a los eritrocitos, es la proteína destinada específicamente al transporte de oxígeno, es decir, la hemoglobina. En otras palabras, la función de transportar oxígeno es tan inherente a la sangre como su cualidad de ser roja, ya que ambas características dependen de una misma sustancia: la hemoglobina.

El oxígeno, a su vez se vincula con el fuego ya que la presencia de oxígeno es imprescindible para que la combustión sea posible. En los organismos aeróbicos —aquellos que necesitan el oxígeno para llevar a cabo sus procesos metabólicos— el oxígeno es la principal fuente de energía; en términos sólo relativamente metafóricos podría decirse que el oxígeno enciende la chispa de la vida y su presencia la mantiene encendida. La relación existente entre la vida y el aire se conoce desde la más remota antigüedad; Anaxímenes en el siglo VI a.C., consideró al aire —hoy diríamos el oxígeno— como el principio de la vida (Ferrater Mora, 1965).

Los seres vivos más simples obtienen el oxígeno directamente del medio en el que habitan. A medida que estos seres se fueron complejizando, las células internas se fueron alejando del medio en el que se encuentra el oxígeno y fue necesario elaborar sistemas de transporte que les permitieran, a estas células,

tener contacto con el oxígeno. Como vimos, en el ser humano esta función está a cargo de la sangre, de modo que cuando la sangre deja de circular el organismo muere. Así, cuando un tejido, un órgano o un organismo, tiene sangre, tiene también oxígeno y, por lo tanto, vitalidad. De modo que podríamos decir que la sangre, en su significado más básico y general, representa esa *vitalidad*. Como rezan las Sagradas Escrituras «*la sangre es la vida*».

Como ya mencionamos, el término anemia con el que se designa la enfermedad que nos ocupa, surgió para denotar la creencia o fantasía de que al enfermo le faltaba sangre. Así podemos partir de la idea de que, en este trastorno, la idea de "sin sangre" tiene el sentido de "falta de vitalidad"; significado que parece coincidir con el síntoma más característico de la anemia que deriva directamente del insuficiente transporte de oxígeno a los tejidos: la astenia.

El significado de la astenia:

Como vimos, la astenia es una sensación de cansancio, de falta de fuerzas o energía, de debilidad, de fatiga o lasitud, tan característica de la anemia que cuando este síntoma aparece de manera repentina e inexplicable, es popularmente interpretada como la presencia de esa enfermedad.

La palabra "fatiga" significa en primer lugar cansancio; se trata de la sensación que se experimenta después de un esfuerzo intenso o sostenido, sea este esfuerzo físico, intelectual o moral. Es también la falta de fuerzas para continuar con un esfuerzo o trabajo. A veces la fatiga se presenta acompañada de dificultad para respirar. Según Gómez de Silva (1985) "fatiga", a través de *fatisci*, significa hendirse, hacerse pedazos, debilitarse, y posiblemente deriva de la misma familia que *fames*, que significa "hambre".

Podemos conjeturar que el hambre a la cual se refiere el término fatiga alude, en sentido simbólico a la "falta de sangre" o vitalidad, y, en sentido más concreto, a la falta de oxígeno y de las energías que a partir de él pueden obtenerse en el proceso de respiración metabólica celular.

En "Los significados de la respiración" (Chiozza y colab; 1991d [1990]) sostuvimos que los trastornos de la respiración metabólica celular representan al sentimiento de desánimo, mientras que la disnea, como trastorno de la respiración pulmonar, simboliza, en cambio, la vivencia de desaliento. Cuando las funciones de respiración, metabólica y pulmonar, se llevan a cabo de manera adecuada se acompañan, respectivamente, de una vivencia de "estar animado" y "estar alentado" que no suele registrarse conscientemente. Desánimo y desaliento son conceptos tan emparentados como lo están las funciones de las cuales cada uno de ellos depende y a las cuales simbolizan. En efecto, los trastornos en la

respiración pulmonar pueden derivar en una deficiente oxigenación de los tejidos, de modo que la respiración metabólica celular se ve afectada y la producción energética disminuye. Del mismo modo, un sujeto que no recibe aliento para realizar una determinada tarea, suele desanimarse.

Dado que el transporte del oxígeno que realiza la hemoglobina de la sangre es una función que sirve como nexo entre la respiración pulmonar y la respiración metabólica, esta función participaría con un carácter propio de la unidad de significado más amplia que abarca todo el proceso de oxigenación. Podemos identificar este carácter propio si pensamos, por ejemplo, en la disnea de la anemia. Esta disnea no nace de un trastorno pulmonar sino de un intento de compensar, con la función respiratoria pulmonar, el déficit en el transporte de oxígeno por la sangre que supone la anemia. Si bien es cierto que esta disnea también nos habla de una vivencia de desaliento, este desaliento no conduce al desánimo sino que surge a partir de él; se trataría de un intento de "alentarse" frente a una vivencia previa de desánimo. En otras palabras, nos hablaría de una forma particular de desánimo que no nace del desaliento, sino que suele conducir a él.

El significado de la palidez:

Como dijimos, la palidez es el signo más característico de la anemia y este se debe principalmente a la disminución de la concentración de hemoglobina, sustancia que da a la sangre su color rojo característico.

Portmann (1960) considera que las formas y los colores que aparecen en el cuerpo de los animales son un fenómeno "propio", característico de su identidad; para este autor poseen el sentido de una presentación o autorrepresentación simbólica que el animal realiza acerca de sí mismo. Pensamos que podemos extender la validez de estas ideas a todas las formas biológicas, de modo que, en el caso de la sangre, la cualidad de ser roja es algo tan consustanciado con su misma esencia que, en ocasiones, resulta difícil discernir si los significados que se atribuyen a la sangre provienen del hecho de ser esta roja, o si los significados atribuidos a este color provienen del significado atribuido a la sangre. En otras palabras, ni la sangre sería lo que es si no fuera roja, ni el rojo sería lo que es, si no fuera el color de la sangre. Según Skeat (1985 [1879-1882]) en sánscrito, los vocablos "sangre" y "rojo" poseen una misma raíz.

Así por ejemplo, Chevalier (1986) sostiene que el rojo es el color del fuego y de la sangre, y que quizás por ese motivo muchos pueblos consideran al rojo como el primero de los colores y el que está ligado fundamentalmente a la vida. Sustenta esta idea el hecho de que en nuestra lengua, también se alude al rojo

con el término "colorado", que significa dotado de color; como si la idea de dar color fuera, en el sentido más básico, dar color rojo.

Como vemos, todos estos sentidos parecen aunarse en la molécula de hemoglobina: el color rojo dado por su grupo hemo, su presencia en la sangre y su función de transportar el oxígeno que, transformado en energía por el metabolismo, mantiene encendida la llama de la vida.

El hecho de que en las emociones participe de manera característica un componente vascular vegetativo, sanguíneo, hace que tanto la sangre como el color rojo que le es propio, se presten igualmente para representar a las emociones, en su aspecto más primario. Por ejemplo, para describir a un sujeto cuyo juicio es cegado por una intensa pasión, suele decirse que *ve todo rojo*.

Así como determinados afectos pueden representarse a través de otras funciones corporales, no vasculares, también pueden representarse por otros colores. Por ejemplo, la envidia queda asociada a la función biliar y al color amarillo o verde de la bilis. Esta idea de representar a los afectos con distintos colores parecería expresar la idea de que las emociones, con su abanico de posibilidades, con sus importancias y matices, al modo de un arco iris o de la paleta del pintor, dan color a la vida; la vuelven "colorada". El color rojo, aquel que para los primitivos —según Chevalier— era el primero de los colores, se arrogaría entonces, la representación de los colores en su conjunto. De modo que la sangre y el color rojo representan a la vida afectiva en general. El rojo es el color de la pasión, y la sangre es el vehículo de la misma. Sangre, rojo y pasión, son elementos que se representan mutuamente.

El término *pálido*, aplicado a los colores, significa "con mucha proporción de blanco", mientras que en sentido figurado alude a lo que es *poco expresivo, poco brillante, o poco impresionante, desanimado* (María Moliner, 1986). En inglés se utiliza la palabra *fallow* para referirse al color pálido y al mismo tiempo significa *algo que no se utiliza; una tierra sin cultivar ni arar, algo a lo que le falta el color* (Skeat, 1985 [1879-1882]).

En el contexto que hoy nos interesa, pálido se refiere concretamente a la falta de color rojo; si el color rojo, como dijimos, puede ser símbolo tanto de la sangre como de la pasión, en la palidez de la anemia encontramos la misma idea de "sin sangre" presente en la etimología de anemia. Esta idea que más arriba interpretamos como "sin vitalidad" ahora podemos precisarla mejor: "sin pasión"; falto de pasión o desapasionado. En otras palabras, vemos que tanto el sentido de la anemia, como los de astenia y palidez se orientan, todos ellos, en una misma dirección; falta de sangre, de vitalidad, de fuerzas, de ánimo, de color rojo, de pasión...

En un trabajo anterior, al ocuparnos de las cardiopatías isquémicas, decíamos que *«así como el rubor, en general, representa la emoción, la palidez (anemia o isquemia), representa su inhibición»* (Chiozza, L., 2001a [1986], pág. 81). La tesis que planteamos en aquella oportunidad es que *«la coronariopatía, (la angina de pecho y el infarto cardíaco) representaría el proceso por el cual el corazón, simbólicamente, se "estrangula a sí mismo" en el intento de evitar el nacimiento de un nuevo afecto que, de llegar a configurarse, conformaría una ignominia»* (Ibíd.). En la isquemia, debido a un trastorno circulatorio, la falta de irrigación de un órgano o tejido produce una palidez localizada debida a la desvitalización del tejido por falta de sangre. Si este proceso representa el intento de inhibir el desarrollo de un afecto penoso, podríamos pensar que la palidez generalizada de la anemia, representaría el intento de inhibir la vida afectiva en general.

En términos metafóricos, podríamos decir que el recurso de la isquemia consiste en bloquear la ruta (arteria) que conduce a un determinado territorio; el recurso de la anemia, en la misma metáfora, sería retirar del tránsito general los camiones (hemoglobina) que transportan la mercadería (oxígeno).

Si las pasiones surgen como producto de un conjunto de inervaciones que determinan la forma cualitativa particular a través de la cual cada una de ellas se descarga, también la inhibición de una pasión determinada puede ser comprendida como producto de una clave de inervación que es "inversa" o contradictoria con la clave de la descarga, no inhibida, de la excitación que corresponde a esa pasión particular. Cuando se trata de inhibir o "enfriar" a la vida afectiva en general, pensamos que la inhibición generalizada se ejerce mediante una clave de inervación de la cual forma parte una moderada disminución de la función hemoglobínica. Cuando sucede, en cambio, que el desplazamiento y la condensación, funcionando dentro de la clave correspondiente a la inhibición generalizada, sobreinvisten a la disminución de la función hemoglobínica, nos encontraremos con un trastorno anémico que permite mantener inconciente la inhibición general de la vida afectiva.

Esta inhibición general de la vida afectiva nos remite a un pasaje de *El malestar en la cultura* en el cual Freud se refiere a una alternativa extrema con la que los hombres intentan alcanzar la dicha cuando la satisfacción pulsional no es posible: evitar la desdicha. Esta alternativa, procuraría influir sobre el propio organismo, *«es que al fin —sostiene el autor— todo sufrimiento es sólo sensación, no subsiste sino mientras lo sentimos, y sólo lo sentimos a consecuencia de ciertos dispositivos de nuestro organismo»* (1930a [1929], pág. 77). *«Así como satisfacción pulsional equivale a dicha, así también es causa de grave sufrimiento cuando el mundo exterior nos deja en la indigencia, cuando nos rehúsa la saciedad de nuestras necesidades. Por tanto, interviniendo sobre estas mociones pulsionales uno puede esperar liberarse de una parte del sufrimiento. Este modo*

de defensa frente al padecer ya no injiere en el aparato de la sensación; busca enseñorearse de las fuentes internas de las necesidades. De manera extrema, es lo que ocurre cuando se matan las pulsiones [...]. Si se lo consigue, entonces se ha resignado toda otra actividad (se ha sacrificado la vida), para recuperar, por otro camino, sólo la dicha del sosiego» (Ibíd., págs. 78-79).

De modo que podemos pensar que en la anemia, no se busca —como en la isquemia— inhibir el desarrollo de un afecto penoso en particular sino “matar” los deseos, “apagar” los afectos, “desvitalizar” la vida, “empalidecerla”, a los fines de no experimentar el dolor de la frustración. Esta actitud de “matar las ganas” a los fines de no experimentar dolor queda bien representada por el término *indolencia*.

Indolencia —del latín *indolentia*, con el sentido de insensibilidad—, es la cualidad de indolente. Indolente es el negativo de doler y se aplica a lo que no duele. Referido a una persona, describe al sujeto *insensible, que no siente el dolor*, pero también, a la persona *que no se afecta o conmueve, que es flojo o perezoso, que trabaja lo menos posible*, que es abandonado o descuidado *en su persona y en sus cosas*. Los sentidos de insensibilidad e indiferencia, aplicados a indolente, remiten a otro vocablo que también parece describir el resultado de la inhibición de las pasiones: *impasible*, que es el antónimo de apasionado. Según el diccionario, los vocablos apático e indolente son sinónimos.

Vemos que este término, que se aplica a la actitud descrita por Freud en el párrafo citado, reúne además la causa y la consecuencia de esa misma actitud; en efecto, aquel que busca insensibilizarse al dolor, también se insensibiliza para otros afectos y así, incapaz de sentir, tampoco puede sentir ganas. Finalmente, como resultado de esta actitud, lo único que es capaz de sentir —de manera paradójica, si se quiere—, es la ausencia de los afectos; la falta de ganas. Así, termina por sentirse desganado y falto de motivación; algo que, parafraseando a Freud, podríamos describir como la *desdicha del sosiego*.

Encontramos una interesante correspondencia —sobre la que nos ocuparemos luego— entre el intento de apagar las ganas y la disminución de la concentración de hemoglobina que reduce el aporte general de oxígeno, sustancia que, como vimos, es capaz de “encender” la llama de la vida. Esta falta de motivación, de ánimo, es también la falta de fuerzas que describimos al hablar de la astenia. Pero, dado que la hemoglobina es lo que da a la sangre su color rojo característico, la disminución de la concentración de hemoglobina en sangre disminuye además la intensidad de este color en la piel y las mucosas. La sangre “diluida” o “lavada”, que no alcanza a colorear la piel y las mucosas, genera el signo característico de la anemia: la palidez.

Las expresiones "*no tener sangre en las venas*" y "*tener sangre de horchata*" se utilizan para referirse a la manera de ser *calmosa* de una persona que *no se altera por nada*; es decir, se trata del mismo sentido que el término indolencia. La horchata es una bebida de color blancuzco que se logra mezclando con agua y azúcar una pasta de almendras o arroz. Pensamos que esas expresiones comparan a la indolencia con la circunstancia de no tener suficiente sangre roja; tener en su lugar una sangre pálida, acuosa, blancuzca, lechosa.

Así como la actitud de "matar las pulsiones" desemboca en el afecto de desgano, la indolencia que, contemplada desde el lugar del observador, describimos como una "actitud", es un estado afectivo para el sujeto que la ejerce. Es la vivencia de que nada llega a conmoverlo, hacerlo sufrir o importarle demasiado; es la vivencia de vivir la vida "anestesiado", "con sordina", sintiéndose indiferente a todo; una existencia empalidecida, en la que los afectos parecerían estar diluidos, lavados y privados de la "roja" intensidad de las pasiones. En otros términos, se trata del drama de estar viviendo un reflejo pálido de la vida que se querría tener; pasional e intensa. En síntesis, la palidez de la anemia sería expresión directa de la vivencia inconciente de que a la vida le falta pasión.

Si repasamos lo dicho hasta aquí, vemos que esta vivencia de tipo melancólica de que la propia vida, carente de pasión, es un pálido reflejo de aquella que se quisiera tener, comienza a adquirir un tinte paranoico si recordamos que ha sido el propio sujeto quien ha buscado inhibir la vida afectiva, en un intento de evitar la frustración de sus deseos. Se trata, en lo aparente, de una contradicción cuyo esclarecimiento demandará un cierto rodeo.

La palidez y el rubor:

Como dijimos, el color rojo simboliza a la pasión y a la vida afectiva en general, aunque luego, afectos particulares como la envidia puedan representarse, según sus propias características, por otros colores. Uno de los afectos que suele representarse por el color rojo es la vergüenza que, además, se acompaña de rubor como expresión somática característica.

La vergüenza posee un lugar destacado dentro de la teoría psicoanalítica ya que Freud (1905d) considera que este afecto constituye uno de los tres diques anímicos que se instauran, como fuerzas represoras, frente a la pulsión sexual. El asco y la moral, son los otros dos. En otro lugar expresábamos que de estos tres diques, «*los dos primeros son afectos, y el tercero, la conciencia moral, constituye una formación más compleja*» por lo que concluíamos que «*parece razonable suponer que la conciencia moral se apoya fundamentalmente, sobre el asco y la vergüenza, y se ejerce a partir de esos dos afectos esenciales*» (Chiozza, L., 2005 [2003], pág. 169, nota 19).

La excitación sexual (genital) también suele vincularse al color rojo, quizás por estar este color vinculado, a su vez, con el fuego y la pasión. Sin embargo, a diferencia del rubor de la vergüenza, la excitación genital suele estar acompañada de un rubor suave, al que se suman calor leve y sensaciones genitales. El intenso rubor de la vergüenza, que suele ser visto, en la teoría psicoanalítica como un producto del desplazamiento —de abajo hacia arriba— del rubor, más leve, de la excitación sexual, puede ser mejor comprendida, sin embargo, como el desplazamiento y la condensación de las investiduras dentro de la clave de inervación de la excitación sexual. La represión de la excitación genital es entonces un proceso que se configura como una sustitución transaccional, que no se experimenta, en ese caso, como un síntoma orgánico, sino como un afecto, la vergüenza, que difiere de la excitación genital. La clave de inervación de la vergüenza se construye, de este modo, “reestructurando” la clave de la excitación, y puede ser considerada, al mismo tiempo que un agente de la represión, un resultado de la defensa y un producto sustitutivo transaccional.

En otra oportunidad (Chiozza, L., 1998b [1970]) afirmábamos que la vivencia de integración que lleva implícita una cierta revitalización —como ganancia de la libido entretenida en la disociación—, en su fase inicial podría quedar representada corporalmente como vasodilatación, correspondiéndose con el rubor de la vergüenza. El afecto vergüenza supone un brusco descenso de autoestima ya que, de pronto, nos vemos como somos, y no como creíamos ser cuando, disociados, nos sentíamos mejores y más cercanos al ideal. Sin embargo, en tanto la vergüenza constituye una formación sustitutiva transaccional que representa simultáneamente el rechazo y la aceptación de la excitación “subyacente”, constituye ya un movimiento hacia la salida de la inhibición. En el estado de disociación, en lugar de luchar por la vida procurando materializar los ideales, damos esa materialización por sentada y así, identificados maníacamente con el ideal, al desconocer la insatisfacción pulsional, estamos “matando” el deseo. Dado que el deseo insatisfecho es el motor de la vida, esta disociación implica una desvitalización. Vemos así que aunque el rubor no necesariamente esté precedido de palidez, implica la salida de una situación análoga a la que suponemos representada en el signo característico de la anemia.

De este rodeo por el tema del rubor y la vergüenza podemos, entonces, extraer dos conclusiones. La primera, es que la inhibición pulsional que describimos presente en la anemia sería un modo de defensa más regresivo que aquel que suponemos presente en la vergüenza. Así podemos pensar que este conflicto en el que se “matan” las pulsiones en general, en el cual el sujeto, indolente, siente que su vida ha perdido la pasión, sería un conflicto de desvitalización que se halla *más allá* de la vergüenza. En otras palabras, una evolución favorable de

este conflicto, colocaría al sujeto frente a la vivencia de vergüenza que, como dijimos, sería el primer paso en la integración revitalizadora. En términos metafóricos, de la palidez se pasaría al rubor; de la indolencia a la vergüenza. Recordemos que así como emparentamos el rubor a la vasodilatación, la palidez es el resultado tanto de la menor concentración de hemoglobina, como de la vasoconstricción periférica que sucede por falta de oxígeno.

De esta manera podemos pensar que el conflicto presente en la anemia, anterior a la vergüenza, quedaría más emparentado con el asco el cual, a través de la descompostura, también posee un cierto tinte pálido, aunque verdoso. La idea del rechazo, característica del asco, parece resonar en la anemia si recordamos la inhibición de la vida afectiva que mencionamos. Quizás esta vinculación con el asco podría ayudar a comprender aquellos síntomas asociados a la anemia como los síntomas gastrointestinales, la anorexia y la náuseas; síntomas cuya fisiopatología, como dijimos, no es bien comprendida ya que no parecen depender del descenso de la concentración de hemoglobina.

Otra línea argumental apoya la idea de que este conflicto de inhibición se halla *más allá* de la vergüenza. Un término que frecuentemente se asocia a la vergüenza es el pudor, que como afecto, puede considerárselo sinónimo de aquella. Si bien las expresiones "sentir pudor" y "sentir vergüenza" se pueden utilizar casi indistintamente, no ocurre lo mismo cuando estos términos se aplican a actitudes o personas. Por "actitud vergonzosa" se entiende algo moralmente censurable y por "persona vergonzosa", alguien que fácilmente es dominado por ese afecto. Sin embargo, la actitud púdica o la persona pudorosa, describen una manera de actuar o una manera de ser en las que participa una cuota de inhibición en la expresión de afectos y deseos. Se trata de una inhibición tendiente a proteger al sujeto de la vergüenza. Muchos de los sinónimos que figuran en el diccionario para las voces "púdico" y "pudoroso", denotan esta cuota de inhibición; por ejemplo, casto, recatado, decoroso y puro.

Le segunda conclusión que podemos extraer es que el motivo que lleva a la inhibición de la vida afectiva, es un conflicto con la excitación en general, y especialmente sexual. Cabe destacar que, como sinónimo de los genitales, se utiliza el término "las vergüenzas". Se trata de una excitación que el sujeto, desde su frustración —del mismo modo que el hambriento imagina que podría comerse un buey entero—, experimenta como desmesuradamente roja, carnal y fogosa. Como dijimos, la inhibición de la vida afectiva sume al sujeto en la indolencia; es decir, en la vivencia de ser insensible. Esto lo lleva a experimentar un desgano del cual se imagina que sólo podría salir a través de una intensa pasión.

Esta intensa pasión no es otra cosa que un retorno de lo reprimido, sólo que ahora, luego de la inhibición, esta pasión se ha transformado en un amor ideal

de características opuestas a lo rojo y carnal. Se trata de algo igualmente idealizado, pero esta vez, puro y platónico en lugar de carnal; blanco en lugar de rojo. Esta pasión idealizada que halla su razón de ser en la renuncia a la satisfacción del deseo, encuentra su mejor representación en el ideal romántico. Se trata de un ideal que privilegia la renuncia y la abnegación que mantienen encendida la pasión, por sobre la satisfacción que la extingue. Es el amor platónico que se ejerce a través de postergaciones, renunciaciones, cartas y ensoñaciones, más que en hechos concretos, tendientes a la satisfacción.

Este ideal romántico, que surge de la inhibición de la excitación genital, parece corresponder con un tipo de fantasías que Freud comparaba con sueños diurnos; *«Estos sueños diurnos —escribe Freud— emergen en la prepubertad, a menudo ya al final de la niñez, persisten hasta que se llega a la madurez y entonces se los abandona o se los conserva hasta la edad proyecta. El contenido de estas fantasías está presidido por una motivación muy transparente. Son escenas o circunstancias en que encuentran satisfacción los afanes de ambición o de poder, o los deseos eróticos de la persona. En los hombres jóvenes prevalecen casi siempre las fantasías de ambición, y en las mujeres, que han puesto su ambición en el éxito amoroso, las eróticas. Pero con harta frecuencia también en los hombres la necesidad erótica se insinúa en el trasfondo; todas las hazañas heroicas y los triunfos están exclusivamente destinados a pasmar a las mujeres y a granjearse su favor»* (1916-17 [1915-17], pág. 89).

El romanticismo:

El término "romántico", que en su origen significaba novelesco, "se aplica a los relatos, escenas o sucesos en que hay por parte de los personajes que intervienen en ellos, amor, ternura, abnegación, desinterés o idealismo que atraen la simpatía emocionada del lector o espectador". También se aplica "a las personas que gustan de relatos de esa clase, que se emocionan o entusiasman con esa clase de hechos, que los viven ellas mismas o los imaginan o escriben" (Moliner, 1986).

Según afirma Bertrand Russell en su *Historia de la filosofía occidental* (1947, págs. 349-359) *«desde la última parte del siglo XVIII hasta el presente el arte, la literatura y la filosofía, han sido influidos, positiva o negativamente por una forma de sentir característica de lo que, en un sentido amplio, puede llamarse movimiento romántico.*

»Las gentes cultivadas de la Francia del siglo XVIII admiraban sobremanera lo que llamaban la sensibilité, es decir, una predisposición a la emoción y más particularmente, a la emoción de la simpatía. Para ser totalmente satisfactoria la emoción ha de ser directa y violenta y no informada por el pensamiento. [...]El

movimiento romántico, en su esencia, se dirigía a libertar la personalidad humana de los grilletes de las convenciones sociales y de la moral social. [...] La actitud romántica, en parte porque es aristocrática y en parte porque prefiere la pasión al cálculo, tiene un vehemente desprecio por el comercio y las finanzas. De este modo se ve llevada a proclamar una oposición al capitalismo totalmente distinta al socialista [...] puesto que es una oposición basada en la repugnancia por las preocupaciones económicas.

»El movimiento romántico se caracteriza, en conjunto, por la sustitución de las normas utilitarias por las estéticas. La lombriz de tierra es útil, pero no bella; el tigre es bello, pero no útil. Darwin (que no era romántico) elogiaba la lombriz; Blake elogiaba al tigre. La moral de los románticos tiene, primordialmente, motivos estéticos. Mas para caracterizar a los románticos es necesario tener en cuenta, no sólo la importancia de los motivos estéticos, sino también el cambio de gusto que diferenciaba su sentido de la belleza del de sus predecesores. [...] Ellos admiran las grandes pasiones, de la clase que sea, y cualesquiera que sean sus consecuencias sociales. El amor romántico, especialmente cuando es desgraciado, tiene bastante fuerza para ganar su aprobación.»

Esta idea de que el amor, para ser romántico, debe ser desgraciado va en la misma dirección de lo que describíamos cuando decíamos que se privilegia el deseo idealizado, alimentado por la renuncia, más que su satisfacción. En esta misma dirección, Russell hace el siguiente comentario: *«El hombre de sensibilidad llegaría hasta las lágrimas ante la vista de una sola familia campesina desamparada, pero se quedaría frío ante los planes bien concebidos para mejorar la suerte de los campesinos como clase social».*

Si pensamos en el conflicto que describimos en la anemia resulta muy interesante, por su semejanza, observar los motivos que, según este autor, llevaron a la instauración del movimiento romántico. *«Los románticos no carecían de moral. Por el contrario, sus juicios morales eran tajantes y vehementes. Pero la basaban en principios totalmente distintos de los que habían parecido buenos a sus predecesores»* quienes, dominados por los recuerdos de las guerras de religión y de las guerras civiles, *«tenían plena conciencia del peligro del caos, de las tendencias anárquicas de todas las pasiones fuertes, de la importancia de la seguridad y de los sacrificios necesarios para lograrla. La prudencia —para los prerrománticos— era considerada como la virtud suprema; el intelecto era valorado como el arma más eficaz contra los fanáticos subversivos; las maneras cortesas eran elogiadas como una barrera contra la barbarie. [...] El freno en la exteriorización de la pasión fue el principal objetivo de la educación, y la señal más segura de un caballero».*

A diferencia de los prerrománticos, *«en tiempos de Rousseau —el primero de los románticos, según Russell—, muchas gentes se habían cansado de la seguridad y*

empezaban a desear algo excitante. La Revolución francesa y Napoleón les dieron todo lo que querían. Cuando, en 1815, el mundo político volvió a la tranquilidad, fue una tranquilidad tan muerta, tan rígida, tan hostil a toda vida vigorosa que sólo los conservadores aterrorizados podían soportarla. [...] La rebelión del siglo XIX contra el sistema de la Santa Alianza adoptó dos formas. Por una parte hubo la rebelión del industrialismo, tanto capitalista como proletaria, contra la monarquía y la aristocracia, lo que casi no tocó el Romanticismo, y fue como un salto atrás, en muchos aspectos, al siglo XVIII. [...] Completamente distinto de esto fue la rebelión romántica, en parte reaccionaria y en parte revolucionaria. Los románticos no deseaban la paz y la quietud, sino una vida individual vigorosa y apasionada. No tenían ninguna simpatía por el industrialismo porque era feo, porque la búsqueda de dinero les parecía indigna de un alma inmortal y porque el crecimiento de las modernas organizaciones económicas interfería la libertad individual».

En síntesis, de la vieja oposición que mencionara Freud entre hambre y amor, el romántico se inclina, decididamente, por el amor; siente rechazo y repugnancia por lo material y lo mundano, y abraza, en cambio, lo ideal, lo bello, lo elevado y espiritual. Destaquemos, una vez más, que esta idealización de lo pasional no es la búsqueda de la satisfacción sino de la perpetuación del deseo en sus formas más intensas. Huye de la roja satisfacción carnal como huye de todo lo que es mundano y terrenal. El romántico escribe y describe la vida pasional que sueña, pero que no vive.

Un ejemplo de esto es que, pese al rechazo de la vida en la ciudad industrial y la bucólica idealización de la vida campestre, el tipo físico del romántico no es el del campesino curtido por el sol y alimentado con carne de la faena, sino el del débil y sufriente poeta, enamorado de la mujer pudorosa y blanca como la porcelana; o también, el de la pálida joven virginal que sueña con su príncipe azul.

La relación entre anemia y romanticismo merece hacer una mención de un hecho curioso vinculado a la "desaparición" de la *clorosis* —enfermedad que hoy conocemos como anemia ferropénica— coincidiendo con la finalización del período romántico. «El término *clorosis*, derivado del vocablo griego que significa verde, fue aplicado por Varandaeus a una patología descrita por Johannes Lange en 1554 a la que llamó "De morbo virgineo". [...] La *clorosis* afectaba casi con exclusividad a las niñas de 14 a 17 años. Una de las manifestaciones prominentes era la palidez verdosa que quizás requiriera el "ojo de fe" para percibirla. También provocaba disnea, palpitaciones, edema bimalleolar leve y trastornos gastrointestinales [...]. Las perturbaciones emocionales ("mal de amores"), con depresión, irritabilidad y mal humor, eran comunes. [...] Sin duda el déficit de hierro era un componente relevante de la *clorosis*.

»El predominio de la clorosis tuvo lugar en la última década del siglo XIX. Luego declinó en forma súbita y después de 1910 se registraron muy pocos casos. Quizás la desaparición de la clorosis no sea real porque aun hoy el déficit de hierro moderado no es inusual en las niñas y mujeres jóvenes. No obstante, los clínicos que actuaron entre 1890 y 1920 se sorprendieron ante la extinción de una patología que ocupó las salas de espera y una gran proporción de las camas hospitalarias. Una hipótesis que podría explicar la incidencia cambiante de la clorosis la vincula con la opresión producida por el corsé; [...] como dijera Hudson, "la mera contemplación de convertir una clava de bowling natural en un reloj de arena artificial debe haber sido un móvil psicológico poderoso para restringir la dieta".

»Una visión histórica alternativa de la clorosis la considera un producto cultural de su tiempo. En el período victoriano se esperaba que las mujeres fueran "enfermizas" y se las protegiera por su presunta debilidad. No sólo las adolescentes sino también las mujeres adultas asumían esta postura y muchas experimentaban diversos cuadros histéricos y neurasténicos. [...] Las niñas a menudo evitaban la carne porque se pensaba que este tipo de dieta promovía la moralidad. El estrato social también desempeñaba un papel preponderante; los profesionales de clase media y baja opinaban que nada bueno podía resultar de los hábitos ociosos y lujosos de las niñas de familias privilegiadas que constituían la mayor parte de las pacientes con clorosis. En 1920, el medio cultural femenino había cambiado mucho. Las mujeres concurrían a las escuelas públicas y llevaban vidas más activas y menos privadas. [...] Los prejuicios contra la carne desaparecieron junto con el corsé» (Lee, 1994, págs. 701-2).

La época del romanticismo es la época en que la aristocracia pasaba largas estadías en clínicas de reposo, intentando reponerse de los estragos de la tuberculosis. Esta enfermedad respiratoria, típica de la época, parecería representar el desaliento para alcanzar un anhelo espiritual. En ella, la pérdida de sangre por los pulmones a través de la tos y el esputo sanguinolento, lleva a la anemia dejando al sujeto pálido y asténico. Esto parecería simbolizar el rechazo respiratorio-espiritual de la sangre como lo carnal y mundano tan típico del ideal romántico.

Así como el romanticismo surgió como respuesta a esa "tranquilidad tan muerta, tan rígida, tan hostil a toda vida vigorosa" que describe Russell, el ideal romántico del sujeto anémico, al modo de un retorno de lo reprimido, surge como respuesta a la "desdicha del sosiego" que el sujeto alcanza al inhibir los afectos y volverse insensible. En otras palabras, el ideal romántico es un fallido intento de salida del sentimiento de indolencia.

Otro concepto de Russell sobre el romanticismo nos servirá de enlace con el siguiente apartado. «El temperamento de los románticos está mejor estudiado en

las obras imaginativas. Amaban lo extraño: espectros, viejos castillos en ruinas, los últimos melancólicos descendientes de las antiguas grandes familias, los practicantes del mesmerismo y las ciencias ocultas, los tiranos caídos y los piratas levantiscos.» Los temas tratados por los realistas eran para los románticos «demasiado pedestres; ellos sólo se sentían inspirados por lo grande, remoto y terrorífico».

La anemia como una forma de melancolía y el vampirismo:

Si bien, como dijimos, la vivencia melancólica de que a la vida le falta pasión se revela como paranoica si tenemos en cuenta que es el propio sujeto quien, inhibiendo sus afectos, se ha vuelto insensible, esto no quita que el sujeto experimente esa falta de pasión como algo que le ha sido arrebatado. De modo tal que, procesada melancólicamente, la ausencia de pasión se transforma en la ausencia de un objeto capaz de suscitarla. Esta ausencia, a su vez, es sentida por el indolente como la presencia de un objeto que le quita la energía y la vitalidad; un objeto que, junto con la sangre de las venas y el oxígeno de los tejidos, le quita las ganas de vivir.

La anemia, entonces, como "falta de sangre" remite tanto a la idea de un objeto "chupasangre", como a la fantasía, análoga y opuesta, de que para "animarse" y encontrar la fuerza vital y la pasión, el sujeto debería poder chupar la sangre del objeto ideal. Ya sea como objeto o como sujeto, la idea de chupar y alimentarse con sangre se encuentra presente en el mito popular del vampirismo.

Según la leyenda popular, el hombre vampiro es un cadáver que por las noches sale de su tumba en forma de murciélago y, clavando sus afilados colmillos en el cuello de sus víctimas, succiona la sangre para alimentarse. El mito del hombre vampiro encontró su paradigma en el Conde Drácula; el personaje de la novela romántica de Bram Stoker. El autor se inspiró en la vida de Vlad Tepes Dracul, quien reinó en Valaquia, (no en Transilvania) entre 1456 y 1474. Este príncipe fue famoso por las sangrientas campañas que emprendió contra los saxos y luego contra los turcos. Cuenta la leyenda que, al volver a su castillo, descubre que su esposa, Elisabeta, se ha suicidado al creerlo muerto en batalla. Al saberlo, Vlad abjura violentamente de su fe católica clavando su espada en un crucifijo del que comienza a manar sangre. Así, vende su alma al diablo y alcanza la inmortalidad maldita².

La biología ofrece un sustrato real que da sustento al mito del hombre vampiro en la existencia de un animal parásito, del mismo nombre; una suerte de murciélago "mordedor" que obtiene su alimento practicando un corte pequeño

² Información extraída del Diccionario de Mitos y Leyendas-EquipoNAyA disponible en Internet en www.cuco.com.ar.

en la piel de hombres y animales con los dos incisivos superiores, grandes y afilados, para lamer la sangre que mana de la herida. El estudio psicoanalítico de las fantasías hepáticas, nos brindó un segundo sustento en el hecho de que el feto extrae oxígeno y se alimenta de la sangre materna. Como dijimos en otra oportunidad, estas fantasías que se vinculan más con el absorber que con el succionar, tendrían como antecedente remoto el de las vellosidades coriales y generan la fantasía de «una "madre" viscosa, absorbente, "chupasangre", una madre vampiro, terrorífica y siniestra, que destruye y licúa —proteíno y hemolítica—, que digiere y asimila, amenazando con aniquilar completamente al sujeto» (Chiozza, L., 1998b [1970], pág. 149).

Un tercer sustrato para esta fantasía, más interesante aún, surge de las *porfirias*; un grupo infrecuente de enfermedades que suelen ser familiares. Se reúnen bajo la designación común de porfirias un conjunto variado de alteraciones enzimáticas que impiden la adecuada síntesis del hemo y que, por lo tanto, entre otros síntomas más destacados, suelen cursar con anemia hemolítica. A diferencia del hemo, de gran valor biológico, sus precursores, las porfirinas, no sólo carecen de utilidad sino que además resultan tóxicas cuando se acumulan en cantidades elevadas; causan severos daños en la piel por fotosensibilidad y/o trastornos neurológicos.

De modo que las personas que presentan esta alteración son extremadamente sensibles a los rayos del sol y buscan evitarlos saliendo sólo de noche. Como defensa orgánica frente a la luz solar, suelen presentar hirsutismo en los lugares de la piel más expuestos, como en el dorso de los dedos y las manos, en las mejillas y la nariz. Se cree que este exceso de bello facial dio sustento, también, al mito de otro monstruo de hábitos nocturnos: el hombre lobo (Lee, 1994).

La oxidación anómala de los tejidos retrae la piel, confiriendo a estos enfermos un aspecto monstruoso: por falta de los labios, la boca aparece permanentemente abierta y las encías retraídas dejan al descubierto los dientes que adquieren un tono rojizo; las fosas nasales se transforman en dos orificios oscuros por donde el enfermo respira de manera jadeante y fluye de ellos una secreción sanguíno-purulenta. En la actualidad, la terapia para algunas porfirias —además de filtros solares— consiste en la inyección de concentrados de glóbulos rojos o soluciones de grupo hemo. Este tratamiento remedaría lo que, según la tradición, hacían quienes padecían de esta enfermedad para sentirse aliviados, suscitando horror en sus congéneres: ingerir sangre³.

Volviendo a la vivencia melancólica, encontramos en el vampiro la contracara del objeto idealizado del romanticismo. Como dijimos, el objeto de amor idealizado del débil y enfermizo poeta romántico era la blanca muchacha, virginal y pura, ajena a todo deseo carnal; de modo que su opuesto lo encontramos en la

³ Ibid. nota anterior.

fantasía erótica de la mujer vampiresa, pálida, fría, insensible y distante, capaz de suscitar una pasión carnal que consume al hombre hasta la última gota de su sangre.

Para la joven romántica, el príncipe azul encuentra su contraparte en la figura del Conde Drácula. Es la fantasía del vampiro insaciable —seductor y asqueroso— que, para perpetuar eternamente su existencia irremediable de “muerto en vida”, asalta a las bellas y virginales doncellas mientras duermen; desviste sus sensuales y níveos cuellos, los muerde y succiona la sangre hasta alcanzar el éxtasis.

La anemia como expresión del sentimiento de indolencia:

De lo que llevamos dicho hasta aquí resulta fácil enhebrar metapsicológicamente el drama afectivo del sujeto, con el trastorno de la función hemoglobínica de la anemia. Siguiendo precedentes desarrollos, podemos suponer que, así como la vergüenza se presenta con rubor, en la clave de inervación del sentimiento de indolencia una ligera disminución de la concentración de hemoglobina —o del transporte de oxígeno por esta sustancia— juega un papel destacado, brindando una cierta “corporalidad” al desgano y al desánimo que constituyen una parte esencial del sentimiento de indolencia.

Como ya dijimos, cuando por temor a la frustración se inhibe la vida afectiva en general, el sentimiento conciente de indolencia genera que los deseos reprimidos se idealicen y retornen a la conciencia privados de su connotación de excitación genital; su roja “carnalidad”. Así se constituye lo que dimos en llamar el *ideal romántico*. El sujeto se comporta de manera indolente frente a todo lo que no sea el anhelado ideal, ya que comparada con este, su vida le parece nada más que un pálido reflejo.

Como la teoría psicoanalítica se ocupa de esclarecer, todo retorno de lo reprimido exige nuevos esfuerzos defensivos para poder mantener inconciente lo reprimido. Pensamos que un camino posible consiste en el intento de hacer “desaparecer” de la conciencia el sentimiento de indolencia desestructurando su clave de inervación de modo de hacerlo irreconocible.

La clave de inervación del afecto, deformada por este mecanismo, se experimenta como un trastorno corporal privado de su conexión con el afecto y con el drama vital que le dio origen. En el caso particular que nos ocupa, la hemoglobina desciende por debajo de los valores considerados normales. El sujeto, ahora *empalidecido*, no sospecha que la falta de fuerzas para enfrentar las vicisitudes de su vida *cotidiana*, son expresión de un drama inconciente.

SÍNTESIS

1. La anemia es un estado patológico que se define por la disminución de la concentración de hemoglobina en sangre por debajo de los valores de referencia que la Organización Mundial de la Salud considera normales, acorde a la edad y sexo del sujeto en cuestión. El vocablo anemia proviene del griego y, en su sentido literal, significa “sin sangre”.
2. La hemoglobina es la principal proteína de los glóbulos rojos (eritrocitos); la que permite que estas células sanguíneas lleven a cabo su función específica de transportar oxígeno desde los pulmones hasta los tejidos y dióxido de carbono en sentido contrario. El oxígeno es la principal fuente de energía del organismo. La presencia de un pigmento en la molécula de hemoglobina dota a los eritrocitos —y ellos, a su vez, a la sangre— de su color rojo característico. Por lo tanto, podemos afirmar que la función de transportar oxígeno es tan inherente a la sangre como su cualidad de ser roja, ya que ambas características dependen de una misma sustancia: la hemoglobina.
3. Dadas las características de la hemoglobina, se comprende que la disminución de su concentración en la anemia determine, paralelamente, una disminución del color rojo y una disminución del transporte de oxígeno a los tejidos. Por lo tanto, el *signo* más característico de la anemia es la *palidez* —en piel y mucosas— y el *síntoma* más característico de la anemia es la *astenia* —es decir, una sensación de falta de energía—. A veces, como intento de compensar la carencia de oxígeno, aumentan las frecuencias cardíaca y respiratoria y entonces pueden aparecer disnea, taquicardia y palpitaciones.
4. Al oxígeno se lo asocia tanto con el fuego como con la vida; para los organismos aeróbicos, su presencia permite obtener la energía necesaria para mantener encendida la llama vital. Por extensión, también la sangre, encargada de transportar el oxígeno, queda asociada a la vida, lo vivo y lo vital. Pensamos, entonces, que el significado de “sin sangre” presente en el sentido literal del término anemia, busca expresar la idea de “sin vitalidad”, que se evidencia en la falta de fuerzas o energía de su síntoma característico, la astenia.
5. Dado que el transporte de oxígeno que realiza la hemoglobina de la sangre es una función que sirve como nexo entre la respiración pulmonar y la respiración metabólica, esta función participaría con un carácter propio de la unidad de significado más amplia que abarca todo el proceso de oxigenación. Se trataría de una forma de desánimo que, en lugar de surgir del desaliento —característico de la respiración pulmonar— más

- bien suele conducir a él, como se evidencia en la disnea del anémico como intento de compensar la falta de oxígeno disponible para la respiración metabólica celular.
6. El hecho de que en las emociones participe de manera característica un componente vascular vegetativo, sanguíneo, hace que tanto la sangre como el color rojo que le es propio, se presten igualmente para representar a las emociones, tanto en su aspecto más general —la vida afectiva— como en su aspecto más primario; pasional. El rojo es el color de la pasión, y la sangre es el vehículo de la misma. Sangre, rojo y pasión, son elementos que se representan mutuamente.
 7. El término pálido, que en sentido figurado alude a lo que es poco expresivo, poco impresionante o desanimado, en el contexto de la anemia se refiere a la falta de color rojo. Si, como dijimos, el color rojo puede ser símbolo tanto de la sangre como de la pasión, en la palidez de la anemia encontramos la misma idea de “sin sangre” —ya mencionada— o también “sin pasión”. Vemos que tanto el sentido de la anemia, como los de astenia y palidez se orientan, todos ellos, en una misma dirección: falta de sangre, de vitalidad, de fuerzas, de ánimo, de color rojo, de pasión...
 8. Si la palidez de la isquemia, acotada a un tejido, representa el intento de inhibir el desarrollo de un afecto penoso, podríamos pensar que la palidez generalizada de la anemia representaría el intento de inhibir la vida afectiva en general. Es decir, no se busca inhibir el desarrollo de un afecto penoso en particular sino “matar” los deseos, “apagar” los afectos, “desvitalizar” la vida, “empalidecerla”, a los fines de no experimentar el dolor de la frustración. Esta actitud de “matar las ganas” a los fines de no experimentar dolor queda bien representada por el término *indolencia*.
 9. El término indolente, como contrario de “doler”, reúne los sentidos de insensible, indiferente, apático, impasible y desganado. Pensamos que aquel que busca insensibilizarse al dolor, inhibiendo su capacidad de sentir, también se insensibiliza para otros afectos y deseos. Como resultado de esta actitud de inhibición, lo único que es capaz de sentir —de manera paradójica, si se quiere—, es la ausencia de afectos (importancias) y deseos (motivaciones). En otros términos, experimenta la inhibición como indolencia; como insensibilidad, indiferencia y desgano.
 10. La oposición entre la palidez, típica de la anemia, y el rubor, típico de la vergüenza, nos llevó a hacer algunas consideraciones sobre este afecto. El intenso rubor de la vergüenza puede ser comprendido como el desplazamiento y la condensación de las investiduras dentro de la clave de inervación de la excitación sexual. La represión de la excitación genital es

- entonces un proceso que se configura como una sustitución transaccional, que no se experimenta, en este caso, como un síntoma orgánico, sino como un afecto, la vergüenza, que difiere de la excitación genital.
11. El rubor de la vergüenza, como vasodilatación, lleva implícita una cierta revitalización opuesta a la desvitalización representada por la palidez con su componente de vasoconstricción. La inhibición pulsional que describimos presente en la anemia sería, entonces, un modo de defensa más regresivo, que se halla *más allá* de la vergüenza. Imaginamos que una evolución favorable de este conflicto, colocaría al sujeto frente a la vivencia revitalizadora de vergüenza. En términos metafóricos, de la palidez se pasaría al rubor; de la indolencia a la vergüenza.
 12. De la relación entre indolencia y vergüenza, extraemos la conclusión de que el motivo que lleva a la inhibición general de la vida afectiva, es un conflicto con la excitación en general y especialmente sexual. Se trata de una excitación que el sujeto, desde su frustración, experimenta como desmesuradamente roja, carnal y fogosa. Desde la inhibición de la vida afectiva que sume al sujeto en la indolencia, experimenta un desgano del cual se imagina que sólo podría salir a través de una intensa pasión.
 13. Esta intensa pasión no es otra cosa que un retorno de lo reprimido, sólo que ahora, luego de la inhibición, esta pasión se ha transformado en un amor ideal de características opuestas a lo rojo y carnal. Se trata de algo igualmente idealizado, pero esta vez, puro y platónico en lugar de carnal; blanco en lugar de rojo. Esta pasión idealizada, que halla su razón de ser en la renuncia a la satisfacción del deseo, encuentra su mejor representación en el ideal romántico. De la vieja oposición que mencionara Freud entre hambre y amor, el romántico se inclina, decididamente, por el amor; siente rechazo y repugnancia por lo carnal, lo material y lo mundano, y abraza, en cambio, lo ideal, lo bello, lo elevado y espiritual. Como retorno de lo reprimido, el ideal romántico es un fallido intento de salida del sentimiento de indolencia.
 14. La "falta de sangre", la vivencia melancólica de que a la vida le falta pasión, remite tanto a la idea de un objeto "chupasangre", como a la fantasía, análoga y opuesta, de que para "animarse" y encontrar la fuerza vital y la pasión, el sujeto debería poder chupar la sangre del objeto ideal. Ya sea como objeto o como sujeto, la idea de chupar y alimentarse con sangre se encuentra presente en el mito popular del vampirismo.
 15. Encontramos en el vampiro la contracara del objeto idealizado del romanticismo. El opuesto de la blanca muchacha, virginal y pura, ajena a todo deseo carnal, lo encontramos en la fantasía erótica de la mujer

vampiresa, pálida, fría, insensible y distante, capaz de suscitar una pasión carnal que consume al hombre hasta la última gota de su sangre. El opuesto romántico del príncipe azul es la figura del Conde Drácula; el vampiro insaciable —seductor y asqueroso— que asalta a las virginales doncellas mientras duermen para succionar la sangre hasta alcanzar su éxtasis.

16. Cuando por temor a la frustración se inhibe en forma general la vida afectiva, el sentimiento conciente de indolencia genera que los deseos reprimidos se idealicen y retornen a la conciencia privados de su connotación de excitación "corporal". Así se constituye lo que dimos en llamar el *ideal romántico*. El sujeto se comporta de manera indolente frente a todo lo que no sea el anhelado ideal, ya que comparada con este, su vida le parece nada más que un pálido reflejo. En otros términos, se trata del drama de estar viviendo un reflejo pálido de la vida que se querría tener; pasional e intensa.
17. El retorno de lo reprimido exige nuevos esfuerzos defensivos para poder mantener inconciente lo reprimido. Pensamos que un camino posible consiste en el intento de hacer "desaparecer" de la conciencia el sentimiento de indolencia desestructurando su clave de inervación de modo de hacerlo irreconocible. Podemos suponer que una ligera disminución de la concentración de hemoglobina —o del transporte de oxígeno por esta sustancia— juega un papel destacado en la clave de inervación del sentimiento de indolencia, brindando una cierta "corporalidad" al desgano y al desánimo que constituyen una parte esencial de este sentimiento.
18. Al desestructurarse la clave de inervación del sentimiento de indolencia la hemoglobina desciende por debajo de los valores considerados normales y el sujeto, ahora *empalidecido*, no sospecha que la falta de fuerzas para enfrentar las vicisitudes de su vida *cotidiana*, son expresión de un drama inconciente.

LA PATOBIOGRAFÍA DE UNA PACIENTE CON ANEMIA:

La historia clínica:

La paciente, que nos consulta para realizar un estudio patobiográfico por sugerencia de su hematóloga, es una mujer de 33 años, sin hijos ni embarazos, que presenta una anemia ferropénica de larga data y con escasa respuesta a los diversos tratamientos ensayados con hierro. Se trataron con éxito otros trastornos concurrentes que podrían originar pérdidas sanguíneas —gastritis e hipermenorrea—, pero no fue posible revertir su estado anémico. Se estudiaron otras posibles causas sin arribar a resultados concluyentes.

Le diagnosticaron anemia por primera vez a los 2 años de edad, enfermedad que padece desde entonces, excepción hecha de un período libre de enfermedad que, según refiere la paciente, se inicia poco antes de contraer matrimonio y finaliza cinco años después, luego de su separación conyugal. A partir de entonces, la paciente comienza a referir una astenia marcada. Por lo demás, se trata de una persona sana de constitución normal.

En el momento de la consulta, pese a la vigencia de los tratamientos con hierro y con anticonceptivos orales para regularizar, en cantidad, las pérdidas menstruales, presenta una concentración de hemoglobina de 10,7 gramos por decilitro (para un valor normal no menor a 12).

La "otra" historia:

La paciente —a quien daremos el nombre de Alma por tratarse del nombre de la protagonista del film que la paciente eligió resumir para el estudio patobiográfico— es la segunda hija de un matrimonio con cuatro hijos. Alma vive sola desde que se separó y trabaja junto a sus padres en un local de Lotería y Quiniela en el Gran Buenos Aires, muy cercano a una villa de emergencia. A diferencia de sus hermanos varones, ambos contadores, con buenos empleos en el sector bancario, Alma, luego de separarse, estudió para ser profesora de danza pero, a la hora de comenzar a dar clases, abandonó esta actividad por sentirse inhibida frente a las alumnas. Disconforme con su trabajo en el local de sus padres, intentó estudiar computación y cosmetología, pero fueron proyectos que también abandonó rápidamente.

Alma nos cuenta que la posibilidad de hacer el estudio patobiográfico le llega en un momento justo porque siente que ha perdido el rumbo. Se ve sola, sin proyectos concretos; siente que su vida no es como se la había prometido a sí misma; ni en lo laboral ni en lo afectivo. Nos dice que siente que no tiene "*nada*

para poner en el currículum”; como si a los 33 años, tuviera que empezar de nuevo con la página de su vida “en blanco”. A diferencia de sus hermanos, que tienen más resuelto tanto lo sentimental como lo laboral, Alma se siente la oveja negra; “porque me quedé en el negocio, me casé y me separé”.

Odia su actual trabajo; siente que le consume la vida y no le deja emprender nuevos proyectos que pudieran entusiasmarla más. Los conflictos con su padre son permanentes. Ella siente que tiene, al mismo tiempo, las desventajas de ser dueña y de ser empleada. Su padre opina que ella nunca está conforme y se queja de su vida; y su madre, según nos cuenta Alma, dice que *“ella la hizo con mucho amor pero que no pareciera”* porque Alma *“está siempre angustiada”*. Alma se pregunta en qué estaría pensando su madre cuando la tuvo a ella.

Sentimentalmente, se siente atrapada e indecisa entre la frustración de la relación con Andrés, quien siempre pone a sus amigos por delante del noviazgo, y el aburrimiento de la relación con Esteban, con quien Alma, a pesar de verlo muy interesado, no consigue entusiasmarse ni sentir pasión. Nos dice que Esteban, por ella, dejó un noviazgo de cinco años, pero que ella sale con él *“como con un amigo”*. Andrés, en cambio, quiere estar a su manera y Alma siente que *“se gasta en hablar”*.

Las pocas relaciones que estableció, luego de separarse, las describe como relaciones *light*; de poco compromiso afectivo, que le suscitan más dudas que pasión. *“Quiero estar con alguien —nos dice Alma— y ser feliz, pero me siento como bloqueada; estoy insegura y como sin ganas. Conocí hombres buenos, pero no me enganché; no encontré lo que quiero.”*

Angustiada por su vida sentimental consultó a una psicóloga de la obra social, pero al terminar las cuarenta sesiones se cansó. *“Iba los lunes por medio a contar una novela de amor; hablaba de la relación pero no le encontraba salida y me aburría yo misma de escucharme.”*

Con su marido fue distinto. Conoció a Mauro, un italiano de paseo en la Argentina, a los 19 años; hasta entonces, sólo se había besado con un noviecito anterior que la dejó para probar suerte en Europa. Se pusieron de novios y él decidió quedarse a vivir en la Argentina y se casaron dos años después. Acordaron postergar las relaciones sexuales para cuando estuvieran casados. Sus impresiones de las primeras relaciones sexuales quedaron asociadas al marco idílico del crucero por el Caribe, donde pasaron su luna de miel. *“Fue muy lindo porque se dio como lo había proyectado.”* Nos trajo fotos de su luna de miel.

Pero al regresar el idilio terminó. Mauro no tenía trabajo y el padre de Alma le ofreció trabajar con él. Mauro prefirió un emprendimiento con un pariente y sugirió que Alma fuera a trabajar con su padre. *“Ese fue el peor error de mi*

vida”. Trabajando con el padre nunca se llevó bien; al poco tiempo Mauro dejó de trabajar y vivían del sueldo de Alma y, para colmo, él ayudaba económicamente a su propia familia. Pero lo peor, en palabras de Alma, es que *“soñaban cosas distintas”*. La sexualidad comenzó a espaciarse hasta desaparecer y, en comparación con la vida de sus amigas solteras, Alma sentía que la suya era aburrida.

No obstante lo rápido que surgieron estas desavenencias y sus ganas de separarse, Alma continuó con el matrimonio, aferrándose a su sueño. Siempre soñó un matrimonio para siempre, como el de sus padres; o tener *“una historia linda”* como la de su hermano mayor que se casó con su novia de toda la vida, compañera de colegio de Alma.

Pero a los cinco años de casada ya no quedaba más nada de ese sueño, y decidió separarse para empezar de nuevo. Fue ahí que la anemia volvió y le empezaron a faltar las fuerzas. *“Tal vez si sintiera más fuerza...”*

El drama inconciente en la anemia de Alma:

Cuando estudiamos un caso clínico en busca de una determinada fantasía inconciente, la situación más común es que se trate de una persona que vivió sana, hasta que en algún momento, las vicisitudes vitales lo condujeron a enfermar. El caso de Alma, a grades rasgos, parecería ser la situación opuesta; su negativo. Según su historia clínica, ella vivió enferma de anemia la mayor parte de su vida hasta que, en un determinado momento, la enfermedad *“desapareció”*, para retornar cinco años después, exacerbada.

Por el material obtenido de su estudio patobiográfico, no nos hemos podido formar una idea convincente de por qué enfermó de anemia a los dos años de vida. La paciente relata que, cuando su madre y su abuelo materno la llevaron a hacerse los primeros estudios por su anemia, estando en el hospital, su abuelo se descompuso y murió. Según nos relató, ella se sentía muy unida a este abuelo y sufrió mucho su pérdida. Pensamos que bien podría tratarse de una inversión temporal de los acontecimientos, de modo que la muerte de su abuelo fuera el factor eficaz desencadenante de su anemia; pero son conjeturas... Se trata de vivencias tempranas que la paciente recuerda a través de jirones de la memoria y construcciones aprendidas con posterioridad.

Para comprender la anemia en una época tan temprana de la vida, seguramente los elementos esenciales de la fantasía que hemos estudiado —la vergüenza, la inhibición, la excitación sexual genital, el ideal romántico y la imagen idealizada de la vida que se querría tener— quizás deberían ser traducidos o

reacondicionados a las características de la vida emocional propia de esa etapa tan temprana.

Por lo tanto, en el caso de Alma, preferimos centrarnos en por qué “desapareció” la anemia con el matrimonio y por qué “reapareció” luego de su separación conyugal. Un camino análogo, aunque formulado de una manera metodológicamente más correcta, sería interpretar la historia que Alma nos cuenta como si se tratara de un recuerdo encubridor de su situación actual. Así, el período libre de enfermedad, pasaría a representar lo que en la técnica del estudio patobiográfico, llamamos *fantasía mágica de curación*. En otras palabras, representa el deseo idealizado, cuya insatisfacción sostiene el síntoma actual.

Mauro entonces representa lo que ahora le falta; el *príncipe azul* del cuento que la paciente trajo al estudio: *Blancanieves y los siete enanitos*; el hombre que, en lugar de enfrentarla con la excitación genital, la espera lo suficiente y la lleva a conocer su palacio, representado por el Crucero por el Caribe —algo que desentona, claramente, con la extracción social de la paciente—.

En la historia que nos relata Alma, de regreso de la luna de miel, el sueño romántico comienza a resquebrajarse contaminado con las cuestiones materiales y mundanas de la vida cotidiana. “*Él ya era así, pero yo no me di cuenta.*” El príncipe azul, ahora ausente, equivale a la presencia de un objeto chupasangre que consume las fuerzas y deja a Alma aburrida sin poder concretar los proyectos de una vida más pasional. Por ejemplo, la vida que llevaban sus amigas solteras. Dado que esto es una fantasía paranoica defensiva, Alma se aferra a este objeto para no tener que enfrentar su propia dificultad para construirse ella misma, y por su cuenta, la vida que quisiera tener.

Considerada en términos de su historial “real”, la separación incrementa su frustración por imposibilidad de proyectar, defensiva y paranoicamente, las dificultades sobre el objeto chupasangre. Liberada de tener que mantener a Mauro y su familia, Alma descubre que, contrariamente a lo que imaginaba, no tiene las fuerzas suficientes para llevar adelante su vida como le gustaría; esta falta de fuerzas reprimida aparece en la astenia, a la cual, ahora se atribuye el fracaso.

El sentimiento de vivir una vida empaldecida, que refleja poco y mal aquella otra vida que quisiera tener, es lo que está más cerca de la conciencia de Alma. Así nos habla de su currículum vacío, de su vida como una página en blanco o de la falta de rumbo. Pensamos que esto está más cerca de su conciencia porque permanece reprimida su propia participación en el drama de su vida. Alma atribuye el fracaso en el logro de su ideal, tanto a su padre “chupasangre”, que le quita todo su tiempo y no le paga lo suficiente, como a la misma anemia que la desalienta al dejarla sin las necesarias fuerzas para emprender, exitosamente,

proyectos más atractivos. Tal vez una parte de su malestar en su trabajo actual se relacione con el verse reflejada en los clientes; gente humilde sin dinero ni esperanzas, que gasta sus únicos recursos apostando a la Rueda de la Fortuna.

No obstante la disconformidad con su vida actual aparece cercana a su conciencia, no ocurre lo mismo con el ideal de la vida que quisiera tener. Notamos que de esto, prácticamente, no nos habló; pensamos que de poder tener más conciencia de esos sueños, los sentiría tan ideales, tan incompletos y tan poco definidos que no podría menos que sentir vergüenza. Una representación de esto parecería ser que cuando le pedimos que resumiera una novela que haya leído —a la espera de encontrarnos con su mundo fantástico interior— nos trajo el cuento de *Blancanieves y los siete enanitos*.

Como dijimos, el aspecto más resistido de su drama es el que se relaciona con su propia participación en la construcción de su vida. Se trata de su actitud indiferente y desapasionada; de huida de lo pasional por temor a la frustración. Una actitud que desemboca en vínculos y situaciones que luego, de manera paranoica, identifica como frustrantes. Alma tiene muy escasa conciencia de cómo ella, tanto en laboral como en lo sentimental, “quita el fuego” de los vínculos y de las actividades. En una sola ocasión nos habla de su ruptura de un noviazgo por medio de una carta en la que confesaba que cortaba la relación porque comenzaba a sentir que se estaba enamorando. Un ejemplo análogo, en lo laboral, es que cuando frente a su reclamo de no tener ni participación en las ganancias del negocio ni aguinaldo, su padre le dice que retire lo que le parezca, Alma no lo hace.

En síntesis, lo más lejano de su conciencia es el *sentimiento* de indolencia que se expresa, por un lado, a través de su anemia; por el otro, en una *actitud* indolente negada con la cual le quita pasión a su vida. Paranoicamente, proyecta la responsabilidad de su vida en objetos que le chupan la sangre; objetos a quienes, en el deseo de chuparles la sangre que le falta, reprocha melancólicamente que no le resuelven la vida. Entre estos objetos que le chupan la sangre y que no la dejan vivir la vida pasional que quisiera, está la misma anemia que le quita las energías. Estos reclamos son, otra vez, una actitud indolente, de dejarse estar; esperando que alguien le aporte la pasión que a su pálida vida le está faltando.

BIBLIOGRAFÍA

CHEVALIER, Jean (1986)

Diccionario de símbolos, Ed. Herder, Barcelona, 1993.

CHIOZZA, Luis (1998b [1970])

Psicoanálisis de los trastornos hepáticos, (Tercera Edición), Luis Chiozza, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998.

CHIOZZA, Luis (2001a [1986])

"Un infarto en lugar de una ignominia", en *¿Por qué enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo*, (Cuarta Edición), Luis Chiozza, Alianza Editorial, Buenos Aires, 2001.

CHIOZZA, Luis (2005 [2003])

"Il valore affettivo", en *Coscienza e affetto*, de Carlo e Rita Brutti, Gustavo Chiozza, Luis Chiozza, Filippo Mignini, Raimon Panikkar, Víctor von Weizsaecker, La psicoanalisi che viene, Pubblicazioni dell' Istituto Aberastury, Eidon Edizioni, N° 2, Perugia, Italia, 2005, págs. 135-177.

CHIOZZA, Luis; BALDINO, Oscar; FUNOSAS, Mirta; OBSTFELD, Enrique (1991d [1990])

"Los significados de la respiración", en *Los afectos ocultos en... Psoriasis, asma, trastornos respiratorios, várices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas, accidentes cerebrovasculares*, (Segunda Edición), Luis Chiozza, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1997, págs. 41-80.

DORLAND (1992)

Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina, 27° edición, Interamericana-Mc Graw-Hill, Madrid, 1992.

FAIRBANKS de Virgil, F. y BEUTLER, Ernest (2005)

"Deficiencia de hierro", en *Williams. Hematología*, Sexta edición, de BEUTLER, Ernest y otros, editorial Marbán Libros, Madrid, 2005.

FAWCETT, Don W. (1986)

Tratado de Histología, Interamericana, Mc Graw-Hill, Décimoprimer edición, Méjico, 1993.

FERRATER MORA, José (1965)

Diccionario de Filosofía, Sudamericana, Buenos Aires.

FREUD, Sigmund (1905d)

Tres ensayos de teoría sexual, en *Sigmund Freud, Obras Completas*, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1976, Volumen VII.

FREUD, Sigmund (1916-17 [1915-17])

Conferencias de introducción al psicoanálisis, en *Sigmund Freud, Obras Completas*, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1976, Volumen XV.

FREUD, Sigmund (1930a [1929])

"El malestar en la cultura", en *Sigmund Freud, Obras Completas*, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1976, Volumen XI.

GÓMEZ DE SILVA, Guido (1985)

Breve diccionario etimológico de la lengua española, Fondo de cultura económica, Méjico, 1988.

LEE, G. Richard (1994)

"Carencia de hierro y anemia ferropriva", en *Wintrobe. Hematología clínica*, Novena edición, de LEE, Richard G. y otros, editorial Inter-Médica S.A.I.C.I., Buenos Aires, 1994.

MOLINER, María (1986)

Diccionario de uso del español, Editorial Gredos, Madrid, 1994.

PORTMANN, Adolf (1960)

Nuevos caminos de la biología, Ediciones Iberoamericanas, Madrid, 1968.

RUSSELL, Bertrand (1947)

Historia de la Filosofía Occidental. Tomo II, La Filosofía Moderna, Espasa Calpe, 7º edición, Madrid, 2007 (Austral N° 347, de Ciencias y Humanidades).

SKEAT, Walter (1985 [1879-1882])

An Etymological Dictionary of The English Language, Oxford At The Clarendon Press, 1985.

WEATHERALL, D.J. y BUNCH, C. (1998)

"La sangre y los órganos hematopoyéticos", en Smith, L y Thier, S.: *Fisiopatología. Principios biológicos de la enfermedad*, Edición Panamericana, 2º ed, Buenos Aires, 1998.