



Paciencia. Del latín: *patientia*. 1.- Capacidad de padecer o soportar algo sin alterarse. 2.- Capacidad para hacer cosas pesadas o minuciosas. 3.- Facultad de saber esperar cuando algo se desea mucho.

Paciente designado. Miembro de la familia cuya conducta se rotula problemática. Se aplica este rótulo a un individuo que es elegido por el grupo familiar como el causante del conflicto en las relaciones vinculares.

Paciente diana. Miembro del grupo que es analizado perceptivamente por otro miembro. Es un término utilizado en proceso de “vuelta” en los grupos de orientación psicoanalítica.

Pacto. Del latín: *pactum*. Concierto o tratado entre dos o más partes que se comprometen a cumplir lo estipulado.

Pacto comisorio. El prohibido en derecho y por el que se faculta al acreedor con prenda o hipoteca para quedarse, en pago, con éstas a su voluntad, sin venta de la cosa ni otra garantía de equidad.

Pacto de retro. Estipulación por la cual el comprador se obliga a devolver la cosa al vendedor por su precio.

Pacto inconsciente. Pacto, convenio. Del latín: *pactum*, participio de *pacisci*: firmar un tratado, de la misma raíz que paz. *Pactare*, especializado en el sentido de convenir en el pago de un tributo (Corominas, 1973). Tomando la conceptualización de Berenstein y Puget puede definirse el pacto inconsciente del siguiente modo: sistema de concesiones, mutuas y recíprocas entre dos o más yoes que tienden a especificar elementos diferentes, provenientes del espacio mental incompatible de cada uno. Su finalidad es otorgar y conseguir lo deseado por ambos yoes merced al trueque entre ambos, que intercambian sucesivamente la posición más favorable para satisfacer el deseo de cada yo. Implica dos deseos diferentes, realizados cada uno merced a un trueque entre los yoes. Ambos yoes son sucesivamente lugar de deseo y lugar de la realización del deseo del otro. Cada Yo requiere del otro para realizar su deseo, en una dinámica en la que cada Yo debe recibir algo por lo que da, intercambio que bascula entre la renuncia y el otorgamiento. Construido sobre la aceptación de lo incompatible, tiene como características la sucesividad y la biterritorialidad.

Pacto sucesorio. El relativo a herencia futura, de licitud dudosa, y al cual es en general contrario el derecho argentino.

Padre. Más allá de la importancia dada por S. Freud al padre en la temática edípica y la salida del complejo a través de la identificación con él en el varón, fue necesario llegar a J. Lacan para encontrar una redefinición del rol del padre, eclipsado en el psicoanálisis kleiniano u otros de la misma época por la presencia casi excluyente de la relación madre-niño en relación con las patologías mentales. Lacan remarca permanentemente el papel del padre como tercero y mediador cultural al introducir la ley en el seno de la diada madre-niño, pero siempre destacando la dificultad de definir ¿qué es un padre?, pregunta que para él pivotea en toda la obra freudiana.

Padre imaginario. Es la suma de todo lo atinente al padre, formando una imago paterna imaginaria; que no tendrá demasiado que ver con el padre efectivo sino con un padre ideal omnipotente. Es el padre de muchos movimientos religiosos.

Padre primitivo. Jefe hipotético de la tribu. Freud, en *Tótem y tabú*, lo describe como asesinado por sus hijos, quienes lo devoraron ulteriormente en un rito canibalístico. Más tarde fue convertido en dios. El hijo que le mató es el prototipo del héroe de tragedia y el recuerdo del crimen se perpetúa en la conciencia del individuo y de la cultura.

Padre real. Es el padre de la castración, el agente de la castración simbólica, el padre biológico del sujeto, a condición que sepamos que pasa por lenguaje. Lo real del padre tiene que ver con lo real que el lenguaje hace posible o “realiza” al ser llamado tal.

Padre simbólico. Padre de la ley, que es más una posición que una figura de carne y hueso; es en realidad el eje de la función paterna. O sea, es el que introduce una separación simbólica en la relación especular madre-hijo, dando acceso a la sustitución y la cultura.

Padre sustituto. Figura de autoridad que actúa como padre en lo relativo a los sentimientos y respuestas del niño.

Paidofilia. 1.- Obtención de placer sexual al contactar con un niño, ya sea éste del mismo sexo o no. Tradicionalmente fue clasificada como una de las perversiones sexuales, hoy llamadas parafilias. La traducción al español del DSM-IV la denomina pedofilia y la define como “...fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican actividad sexual con niños prepúberes o niños algo mayores (generalmente de 13 años o menos)”, las cuales deben estar presentes durante un período de 6 meses, provocar malestar y el sujeto que padece esta afección debe ser al menos 5 años mayor que el mismo. Este manual indica especificar si la atracción sexual es por los varones, por las mujeres o ambos sexos; si se limita al incesto y si es de tipo exclusivo (atracción sólo por los niños) y tipo no exclusivo. 2.- La CIE-10 conserva dicha denominación y la incluye dentro los Trastornos de la inclinación sexual.

Paidofobia. Fobia a los niños.

Paidología. Este término fue introducido en Rusia después de la Revolución de Octubre, para designar una “ciencia de la infancia” cuyo objetivo era crear un “nuevo hombre” soviético. Sus principales representantes fueron pedagogos y psicólogos como Pavel Petrovich Blonski (1884-1941) y Stanislas Theophilovich Chatski (1878-1948) o incluso Arón Borissovich Zalkind. Después de haber sido el emblema de una utopía revolucionaria y de haber servido como filtro de implantación para el freudismo y su eva-

luación en el curso de las discusiones de los años 1924-1930 entre antifreudianos y freudomarxistas, la paidología fue condenada como desviacionista por una resolución del Comité Central del Partido Comunista de la Unión Soviética del 4 de julio de 1936.

Palabra. Término que en la obra teórica de Jacques Lacan utiliza de manera continua para referirse a esa dimensión de intercambio humano marcado por el lenguaje. Es la que asigna lugares de locución y recepción en el acto comunicativo. En otros momentos de su teoría refiere acerca de “palabras vacías”, las meras habladurías coloquiales del impersonal y “palabra plena”, o sea, aquella que da cuenta de la inasible verdad del deseo del sujeto.

Pane lucrando. Loc. lat., literalmente, para ganarse el pan.

Panfobia. Temor a todo y todas las cosas.

Pánico. 1.- Episodio agudo de los estados de ansiedad caracterizado por un miedo intenso e irracional. 2.- Anteriormente denominado crisis de angustia, consiste en la aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, según los criterios del DSM-IV: palpitaciones, taquicardia, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de ahogo o falta de aliento, sensación de atragantarse, opresión o malestar torácico, náuseas, molestias abdominales, inestabilidad, mareo, desmayo, desrealización, despersonalización, miedo a perder el control, miedo a volverse loco, miedo a morir, parestias, escalofríos, sofocaciones. Estos síntomas alcanzan su intensidad máxima luego de 10 minutos de haber comenzado. La CIE-10 los incluye dentro de los Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos, bajo el nombre de Trastorno por pánico.

Pánico homosexual. Aparición brusca y aguda de ansiedad grave, desencadenada por el temor inconsciente de ser homosexual o de realizar los propios impulsos homosexuales.

Panpsiquismo. Teoría monista según la cual la realidad es, en última instancia, de naturaleza psíquica.

Pansexualismo. En filosofía, el prefijo *pan* aparece en numerosos términos, con dos sentidos principales. En primer lugar, indica que no existe nada fuera de lo que designa la palabra a la que se ha antepuesto el prefijo, y en segundo lugar equivale al adjetivo “universal” yuxtapuesto al vocablo del que se trata. En todos los países donde se implantó el psicoanálisis, el término pansexualismo ha sido utilizado para designar de manera peyorativa la doctrina freudiana de la sexualidad, concebida como una causalidad única, porque recusaría cualquier explicación del psiquismo que fuera más allá de la etiología sexual y también porque se pretendería universal, es decir, aplicable a todas las culturas y a todos los individuos.

Pantalla neutra. Telón de fondo neutro en el cual el paciente proyecta una gama de irracionalidades transferenciales. La pasividad del analista le permite actuar como en una pantalla neutra.

Pantomima. Gesticulación; psicodrama sin utilizar palabras.

Papel. Pauta de conducta que desarrolla una persona. Tiene sus raíces en la infancia y es influido por personas significativas con las que la persona tuvo relaciones primarias. Cuando la

pauta de conducta se adecua a las expectativas y exigencias de otras personas, se dice que es un papel complementario. Si no se adecua a las exigencias y expectativas de los demás, se le conoce como papel no complementario.

Papel líder. Actitud adoptada por el terapeuta en la conducción de un grupo. Hay tres principales papeles de líder: autoritario, democrático y de *laissez faire*. Cualquier grupo social, terapéutico, de sensibilización u orientado hacia la tarea se ve influido primariamente por el papel asumido por el líder.

Papel o rol sexual. Actitudes, patrones de comportamiento y atributos de personalidad definidos por la cultura en que el individuo vive como papeles sociales estereotipadamente “masculinos” o “femeninos”.

Papel playing. Técnica psicodramática en la cual se enseña a una persona a desenvolverse más eficazmente en sus papeles reales tales como patrón, empleado, estudiante e instructor. En la situación terapéutica del psicodrama, el protagonista es libre de hacer intentos y fracasar en ellos en su papel porque se le da la oportunidad de volverlo a intentar hasta que aprenda finalmente nuevas aproximaciones que después puede aplicar fuera del psicodrama.

Papel terapéutico. Situación en la cual uno aspira a tratar, dar lugar a una mejoría o a aliviar una situación o estado patológico.

Pappenheim, Bertha [1860-1936]. Paciente de Breuer. Su historial clínico se conoce como “el caso de Anna O.”, es uno de los mitos fundadores del psicoanálisis. El historial de esta joven vienesa, de 21 años en el momento de su enfermedad, fue expuesto por Josef Breuer en 1895 en los *Estudios sobre la histeria*. Desde esa publicación, en la cual los autores propusieron una nueva definición de la histeria como enfermedad de reminiscencias psíquicas y al mismo tiempo presentaron un método inédito de tratamiento (basado en la catarsis y la abreacción), el caso de Anna O. no ha dejado de ser comentado, tanto por los historiadores como por los clínicos. A esta mujer, a la que se atribuyó la invención del psicoanálisis, se le ha dedicado una inmensa literatura en varios idiomas. Atendida por Breuer entre julio de 1880 y junio de 1882, Anna O., en efecto, le puso el nombre de *talking cure* a un tratamiento que se realizaba con palabras, y empleó la expresión *chimney sweeping* para designar una forma de rememoración mediante la “limpieza de chimenea”. Breuer, por su parte, denominó “catarsis” a estos dos procedimientos y presentó el caso de “Anna O.” como prototipo de la cura catártica.

Par antitético. Término frecuentemente utilizado por Freud para designar algunas grandes oposiciones básicas, ora al nivel de las manifestaciones psicológicas o psicopatológicas (por ejemplo: sadismo-masochismo, voyeurismo-exhibicionismo), ora al nivel metapsicológico (por ejemplo: pulsiones de vida-pulsiones de muerte).

Paradigma sistémico. Para Umbarger, los rasgos más importantes del paradigma sistémico, según interesa a los terapeutas, son los siguientes: 1) Parte y todo. Ni la parte individual ni el contenido aislado merecen atención inicial, sino el sistema más vasto (que en sí mismo es más grande, y es diferente de la mera suma de sus partes) y el proceso transaccional que ocurre en su interior. Este sistema es el contexto ambiental en que las partes funcionan y los contenidos particulares ocurren. 2) Información, error y realimentación.

Los sistemas vivos tienen lazos de realimentación comunicacionales que producen información sobre las actividades del sistema. Esta información consiste en señales de “error” que dicen a una subunidad si su conducta es o no es conciliable con el diseño global de vida del sistema total. 3) Realimentación y homeostasis. En caso de que la información señale una diferencia respecto de una línea de base del diseño global, pueden ocurrir conductas reductoras de desviación. Estas inducen constancia homeostática en el sistema, un estado constante de existencia que es indispensable para la vida. 4) Realimentación y crecimiento. Si la información señala una diferencia respecto de una línea de base del diseño global, pueden ocurrir conductas amplificadoras de desviación. Estas inducen cambio y diversidad en el sistema, un estado fluctuante de existencia que es indispensable para la vida. 5) Vida y tensión. La alternancia continua entre períodos de crecimiento y períodos de estabilidad (de morfogénesis con morfoestasis) constituye la tensión dinámica de la vida. 6) Circularidad. Causa y efecto se consideran ahora circulares, no lineales. 7) Cambio. Para producir cambio en el sistema total así como en una parte individual se tiene que intervenir en el todo así como en la parte. Tanto la parte como el todo tienen que cambiar guardando entre sí conjunción, aunque no siempre es preciso que lo hagan simultáneamente.

Paradoja. Situación o estado donde conviven al mismo tiempo razonamientos cosas o afectos contradictorios. En el campo psicoterapéutico, es la modalidad de intervención utilizada frecuentemente en las terapias sistémicas o análogas para desbloquear conductas sintomáticas del paciente y acceder a cambios de posición subjetiva en relación con el síntoma. Implica un cambio de perspectiva forzado por el absurdo de la propuesta paradójica.

Parafasia. Alteraciones en la expresión del discurso que afectan la disposición de los fonemas para construir una palabra o la elección de estas últimas en una construcción semántica. Estas alteraciones ocurren en las afasias de expresión, reconociéndose varios tipos entre los que se destacan: a) parafasia fonémica: la expresión de la palabra es anormal porque un fonema ha sido omitido, añadido o sustituido; b) parafasia verbal: se producen cuando la elección de la palabra está alterada, siendo elegida por guardar relación morfológica o por pertenecer al mismo campo semántico. En otras ocasiones consiste en la perseveración de palabras utilizadas en momentos previos de una conversación.

Parafasia fonémica. La expresión de la palabra es anormal porque un fonema ha sido omitido, añadido o sustituido.

Parafemia. Distorsión en el discurso de carácter neurótico, ej.: ceceo.

Parafia. Sensaciones táctiles pervertidas.

Parafilia no especificada. En esta categoría se incluyen aquellas situaciones no consideradas en otros apartados: escatología telefónica (llamadas obscenas), necrofilia (placer sexual con cadáveres), parcialismo (atención centrada en una parte exclusiva del cuerpo), zoofilia (satisfacción sexual con animales), coprofilia (con materia fecal), clismafilias (heces) y urofilia (orina).

Parafilias. Desviación sexual. Antigamente llamadas perversiones. Son un grupo de trastornos sexuales caracterizados por las fantasías sexuales recurrentes y altamente exci-

tantes, impulsos sexuales o comportamientos que procuran la obtención de placer a través de formas alejadas de las metas sexuales genitales, las cuales deben estar presentes al menos durante 6 meses y ocasionar deterioro socio-laboral en el individuo. La CIE-10 conserva tal denominación y la incluye dentro del capítulo que denomina como trastornos de la inclinación sexual. Se describen las siguientes formas: a) exhibicionismo: es la gratificación que proviene de la exposición de los propios genitales ante un extraño que no lo espera; b) fetichismo: en estos casos la fuente de placer la constituyen objetos no animados (por ej., ropa interior femenina); c) frotteurismo: es la obtención de placer sexual por contacto o frotamiento contra la voluntad de un sujeto; d) pedofilia: paidofilia; e) masoquismo sexual: la estimulación sexual proviene de someterse a una actitud real de ser objeto de golpes, humillación o cualquier otra forma de sufrimiento; f) sadismo sexual: aquí la satisfacción proviene de infligir los daños a un sujeto que en general se coloca en la posición de víctima; g) fetichismo transvestista: es la satisfacción sexual proveniente del acto de transvestirse en un sujeto varón heterosexual. El DSM-IV indica especificar si cursa con disforia (en este caso malestar con la propia identidad); h) voyeurismo: la satisfacción sexual proviene del hecho de observar ocultamente a personas desnudas, desnudándose o que se encuentran en plena actividad sexual; i) parafilia no especificada: en esta categoría se incluyen aquellas situaciones no consideradas en otros apartados: escatología telefónica (llamadas obsenas), necrofilia (placer sexual con cadáveres), parcialismo (atención centrada en una parte exclusiva del cuerpo), zoofilia (satisfacción sexual con animales), coprofilia (con materia fecal), clismafilias (heces) y urofilia (orina).

Parafrasia. Trastorno del discurso de origen orgánico y psiquiátrico en el cual se elige una palabra distinta a la que se desea utilizar en realidad, siendo la elección reglada por contenidos afectivos. Se la observa en Esquizofrenia. Por ejemplo, el paciente dirá el nombre de una calle en lugar del nombre de un sujeto, puesto que en esa calle ocurrió un hecho de fuerte significado emocional que vincula al paciente, la calle y el sujeto.

Parafrenia. 1.- Término que fue acuñado por Kahlbaum pero inmortalizado por Kraepelin para describir un grupo de psicosis de curso crónico caracterizadas por temas delirantes fantásticos, paranoides y grandiosos, con conservación del patrimonio intelectual y el hecho de que el delirio es en sector, es decir que se limita a un comportamiento determinado de la actividad mental, razón por la cual puede el sujeto afectado por el mismo desempeñarse con relativa normalidad en su vida cotidiana. Este último fenómeno H. Ey lo denomina diplopía del yo, para aludir a esta capacidad de los enfermos de vivir en dos mundos simultáneamente —el de la realidad y el del delirio—. Los temas más frecuentes para Gairal y Barcia son la megalamonia, la filiación —ilustre o no—, la erotomanía grandiosa y la hipocondría delirante en sus formas de posesión, transformación, habitación, zoopatía fantástica, metamorfosis y avatares cosmogónicos. Kraepelin describió cuatro formas clásicas: sistemática, expansiva, confabulatoria y fantástica. El tipo de organización de estos delirios, caracterizada por su adherencia a la extravagancia fantástica, se denomina paralógica en oposición a la clásica claridad, orden y coherencia de la Paranoia. En forma adicional a esta última, la vida emocional y volitiva se ve afectada, pero

en un grado mucho más leve que en la esquizofrenia, siendo esta diferencia un útil indicador de diagnóstico diferencial con esta última. 2.- Desde el punto de vista etimológico, el término quiere decir “al lado de la mente”. Se trata de un estado psicopatológico delirante, cuyos temas varían según los grupos nosológicos, acompañados en ciertos casos de alucinaciones. La parafrenia fantástica desarrolla ideas extravagantes, incoherentes, con variadas alucinaciones. El tipo confabulante sin alucinaciones presenta relatos imaginarios. El tipo expansivo se caracteriza por el delirio fastuoso. En la parafrenia con alucinaciones sistemáticas se observan ideas de persecución y de grandeza. Estos sujetos presentan una excelente adaptación al mundo real, aunque elaboren un sistema delirante. 3.- En la actualidad el DSM-IV no incluye dicha denominación, debiéndose clasificar estas entidades dentro del capítulo de Esquizofrenias paranoide o dentro de los Trastornos paranoides, lo cual ha sido criticado por los especialistas en psicosis. La CIE-10 lo incluye dentro de los Trastornos de ideas delirantes. 4.- Término propuesto por Freud para designar, sea la esquizofrenia («parafrenia propiamente dicha»), sea el grupo paranoia-esquizofrenia. En la actualidad, la acepción de Kraepelin ha prevalecido totalmente sobre la propuesta por Freud. Kraepelin propuso el término “parafrenia” antes que Freud (entre 1900 y 1907). En cuanto a su concepción nosológica, hoy ya clásica, de la parafrenia, remitimos al lector a los manuales de psiquiatría. Freud intentó utilizar el término en un sentido totalmente distinto. Consideraba inadecuado el término “demencia precoz”, como también el de esquizofrenia. Creía preferible utilizar el nombre de parafrenia, que no implica las mismas opciones en cuanto al mecanismo profundo de la enfermedad; por otra parte, parafrenia se asemeja a paranoia, subrayando así el parentesco existente entre ambas afecciones. Más tarde, en *Introducción al narcisismo*, Freud vuelve a utilizar el término parafrenia en un sentido más general, para designar el grupo paranoia-esquizofrenia, si bien sigue designando la esquizofrenia como “parafrenia propiamente dicha”. Freud renunció rápidamente a su sugerencia terminológica, sin duda ante el éxito del término bleuleriano de esquizofrenia.

Parafrenia involutiva de Serko. Es un cuadro delirante que aparece a partir de los 40 años, afectando típicamente a las mujeres, caracterizado por presentar ideación celotípica absurda e inmodificable, falsos reconocimientos y preservación de la personalidad. Gayral y Barcía consideran que debe ser incluido dentro de las Parafrenias. Este tipo de cuadros deben ser diagnosticados según el DSM-IV como un Trastorno delirante tipo celotípico y según el CIE-10, como un Trastorno de ideas delirantes.

Parafrenia presenil de Albrecht. Es un cuadro similar a la Paranoia involutiva de Kleist pero que se manifiesta en una época más tardía de la vida. Este tipo de cuadros deben ser diagnosticados según el DSM-IV como un Trastorno delirante tipo persecutorio y según el CIE-10, como un Trastorno de ideas delirantes.

Parafrenia tardía de Kay y Roth. Es un tipo especial de Parafrenia caracterizada por la presencia de temas de perjuicio, celos o persecución, alucinosis o alucinaciones con conservación de la actividad pragmática y la lucidez. Este tipo de cuadros deben ser diagnosticados según el DSM-IV como un Trastorno delirante tipo mixto y según el CIE-10, como un Trastorno de ideas delirantes.

Paralipofobia. Miedo a contraer responsabilidades debido a la ausencia real o imaginaria de capacidad.

Parálisis cerebral infantil. Una definición válida y vigente es la de Barraquer Bordas y col. (1966), para quienes “la PCI es la secuela de una agresión encefálica, que se caracteriza primordialmente por un trastorno persistente, pero no invariable del tono, de la postura y del movimiento, que aparece en la primera infancia, y que no sólo es directamente secundario a esta lesión no evolutiva del encéfalo, sino debido también a la influencia que dicha lesión ejerce en la maduración neurológica”. Lesión fundamentalmente motora, en cavidad craneana, en etapa temprana de la vida y no evolutiva son las características esenciales del agrupamiento llamado PCI. A partir de allí puede adoptar diferentes formas (cuadros piramidales, extrapiramidales, cerebelosos o coreoatetósicos), diferentes profundidades (desde signos motores mínimos hasta cuadriplejía invalidante pasando por paresias, hemiparesias, etc.), diversidad que impide a priori una lectura global de su incidencia sobre el aprendizaje y la adecuada inserción escolar.

Parálisis general (paresia general). Síndrome orgánico cerebral causado por una infección sifilítica crónica. Sobreviene luego de transcurridos 10 a 20 años de las manifestaciones de la primoinfección (chancro), afectando clásicamente a los hombres de manera más frecuente. Las lesiones adoptan la configuración de una meningitis difusa con membranas meníngeas opalescentes y compromiso de los lóbulos frontales y los núcleos grises. Existe retracción del parénquima cerebral, proliferación de astrositos y presencia del treponema pallidum en la corteza cerebral. Las características clínicas de la enfermedad se subdividen en tres síndromes: psiquiátrico, neurológico y humoral. Desde el punto de vista psiquiátrico se trata de una demencia progresiva, con alteración progresiva de las funciones intelectuales superiores, que modifica el carácter del sujeto tornándose el mismo indiferente y eufórico, al tiempo que con el correr de la enfermedad pueden producirse hechos de interés médico-legal como consecuencia de conductas desinhibidas, acompañadas de ideas delirantes megalómanas y a veces hipocondríacas. Desde el punto de vista neurológico presenta signos permanentes (que sirven para fundamentar el diagnóstico) como la disartria, el temblor labiolingual y de extremidades, la inestabilidad de la marcha y signos transitorios como ictus apopléticos que remedan cuadros vasculares. Las facies del enfermo son característicamente inexpresivas. El signo de Argyll-Robertson está presente en la mitad de los casos. Por último, el síndrome humoral se caracteriza por un aumento de las proteínas y los linfocitos en el LCR.

Parálisis sifilíticas. Parálisis que resulta de la sífilis. Puede aparecer en la fase cuaternaria de la enfermedad.

Paralogia. 1.- Ordenamiento formal del pensamiento que no guarda relación con las leyes de la lógica, se lo utiliza para adjetivar la organización de los delirios parafrénicos por su adherencia a la extravagancia. 2.- “Aspectos no semánticos del lenguaje, con los cuales se comunica el significado expresivo (tono y volumen de voz, énfasis, etc.)”.

Paramnesia. 1.- Trastornos cualitativos de la memoria de índole diversa, pero agrupados por una característica en común: los falsos reconocimientos. 2.- “Trastorno de la memoria que afecta el reconocimiento de los recuerdos; el ‘deja vu’ es tomado como ‘jamais vu’ y a la in-

versa”. 3.- Betta incluye dentro de las mismas los siguientes signos: fenómeno de lo ya visto; fenómeno de lo nunca visto, ilusión de la memoria, criptomnesia, ecmnesia, paramnesia reduplicadora.

Paramnesia reduplicadora. Fue descrita por Pick. Consiste, según Betta, en la duplicación de las vivencias actuales debido a un desdoblamiento en el tiempo; “algo así como una proyección de los hechos presentes hacia el pasado por desorientación o falta de noción del tiempo transcurrido”. De este modo el enfermo se ubica simultáneamente en dos épocas. Se observa en trastornos orgánicos cerebrales muy graves.

Paranoia. 1.- Enfermedad caracterizada por la presencia de delirio crónico, sistematizado y no alucinatorio. Las características principales del delirio son: a) una idea principal alrededor de la cual todos los hechos, circunstancias y personas son subordinados con una lógica deductiva al servicio de la misma; b) este sistema de ideas se presenta de un modo ordenado, claro y coherente; c) el contenido de las ideas en sentido amplio son la persecución, el perjuicio, la reivindicación, los celos y la autoreferencia y en sentido estricto la persecución y el perjuicio fundamentados en un análisis interpretativo deductivo de la realidad. Para Gayral y Barcía, en el delirio paranoico está alterada la percepción de la misma “lo que se ha transformado es un conocimiento de la realidad cuya corrección llevaría consigo un derrumbamiento de la existencia. Por eso importan tanto, no el tema del delirio, ni el grado de error, sino el comportamiento del enfermo”. 2.- Delirio interpretativo que evoluciona de forma progresiva, con una lógica aparentemente perfecta y sin deterioro intelectual. La paranoia es raro que se establezca de forma pura, por eso es más conveniente hablar de personalidad paranoica, cuyos rasgos esenciales son una exagerada susceptibilidad, una hipervaloración del yo, desconfianza y una construcción mental peculiar. 3.- Para el DSM-IV es un Trastorno delirante tipo paranoide y para la CIE-10 es un Trastorno de ideas delirantes persistentes.

Paranoia abortiva de Gaupp. Forma de reacción paranoide de pronóstico benigno estando su aparición condicionada por numerosos factores ambientales. Este tipo de diagnóstico no se utiliza en la actualidad.

Paranoia adquirida. Descrita por Krafft-Ebing para aludir a aquellos cuadros que se desarrollan tarde en la vida. Es una entidad de interés histórico. En la actualidad se prefiere el uso de la categoría Trastornos delirantes, puesto que se reserva el nombre de paranoia para cuadros de origen endógeno y de evolución crónica.

Paranoia alcohólica. Es un término que es utilizado para aludir a la alucinosis alcohólica por algunos y a la celotipia alcohólica por otros. En general este es el uso más frecuente. En la actualidad debe diagnosticarse como una complicación del uso crónico del alcohol, siendo catalogada por el DSM-IV como un trastorno psicótico inducido por alcohol y por la CIE-10 como paranoia alcohólica.

Paranoia amorosa. Es una de las denominaciones que ha recibido el clásico cuadro de la erotomanía y que también lo ha recibido la celotipia. Por su vaguedad, es un nombre que en la actualidad no se utiliza. En el DSM-IV se lo clasifica como Trastorno delirante tipo erotomaniaco o tipo celotípico y en la CIE-10, como Trastorno de ideas delirantes persistentes.

Paranoia completa. Término utilizado por Magnan para aludir a lo que actualmente se conoce con el nombre de esquizofrenia paranoide.

Paranoia conyugal. Es el delirio celotípico de uno de los cónyuges con respecto del otro.

Paranoia de Chaslin. Es una de las formas de psicosis delirantes agudas caracterizadas por la presencia de ideas de persecución, de influencia, de acción exterior, acompañadas de numerosas interpretaciones y sentimiento de amenaza e inseguridad. Puede presentar buena evolución. En la actualidad se la clasifica como una psicosis breve o como un trastorno esquizofreniforme.

Paranoia de la involución. Son los delirios paranoides de la involución centrados agrupados bajo el delirio de perjuicio presenil de Kraepelin caracterizados por la presencia de ideas de persecución, robo y celos sin que exista tendencia a la demencia.

Paranoia disociativa. Denominación utilizada por Ziehen para aludir a caracterizados por desorientación temporoespacial, perplejidad y dificultad en sostener la atención acompañados de síntomas paranoides.

Paranoia hipocondríaca. Es un cuadro caracterizado por la presencia de ideación delirante somática como único elemento sintomático. En la psiquiatría contemporánea ha recibido distintas denominaciones: dismorfofobia delirante, psicosis hipocondríaca monosintomática. En la actualidad el DSM-IV la clasifica como un Trastorno delirante tipo somático y la CIE-10 como otros Trastornos de ideas delirantes persistentes.

Paranoia intermedia. Es un término que no se utiliza en la actualidad, pero que denotaba la tendencia paranoide de la personalidad, lo que clásicamente se denominaría como constitución paranoica.

Paranoia involutiva de Kleist. Descrita por Kleist, es una entidad que se incluiría en la categoría de paranoia de la involución compartiendo sus atributos generales. Como características singulares de la misma se señalan las ideas de grandeza, las alucinaciones, los falsos reconocimientos, fuga de ideas y empobrecimiento del pensamiento.

Paranoia litigante. Paranoia querulante.

Paranoia negativa. En este delirio el paciente cree que en lugar de ser perseguido, es protegido; en lugar de ser perjudicado, es beneficiado.

Paranoia querulante. En esta forma de enfermedad los pacientes realizan todo tipo de denuncias y querellas judiciales, partiendo en general de un hecho al que califican de injusto. El tipo de idea delirante principal es la idea delirante de perjuicio. El delirio de los inventores y los delirios pasionales se incluirían en esta forma de paranoia. En la actualidad se la clasifica como un Trastorno delirante tipo perjuicio (DSM-IV) y Trastornos de ideas delirantes persistentes (CIE-10).

Paranoia reformatoria. Forma de megalomanía que la mayoría de las veces no pasa del rasgo narcisista y paranoide pero que en algunos casos alcanza la dimensión de la psicosis, caracterizada por la creencia de quien la sufre en que el mundo debe ser por él convertido puesto que él posee una suerte de verdad revelada.

Paranoia rudimentaria de Kraepelin. Término acuñado por Morselli y desarrollado por Kraepelin para describir los cuadros paranoides reactivos en los cuales no existía un trabajo de sistematización y en el cual las ideas aparecían como sobrevaloradas.

Paranoia senil. Cuadros englobados bajo el concepto de paranoia de la involución.

Paranoia sensitiva de Kretschmer. Cuadro que también se denomina como delirio de relación de las solteronas, de los solteros viejos del medio rural, de los tímidos y desairados. Son delirios paranoides de temáticas variadas: persecución, erotomanía, hipocondría y frustración. Estos asientan sobre un carácter predisponente especial que se ha denominado como sensitivo, el cual se caracteriza por la hiperestesia emocional, la timidez, el sentimiento de frustración, conflictos éticos sexuales, dificultades para establecer relaciones con el medio. En estos pacientes, más que la vivencia de injusticia o reivindicación, predomina la de frustración. Son cuadros que pueden durar de meses a años y que clásicamente responden a antidepresivos y neurolépticos.

Paranoide, esquizofrenia. Subtipo de esquizofrenia caracterizado por la presencia de alucinaciones e ideas delirantes. Desde el punto de vista clásico es la forma de mejor pronóstico, puesto que aparece en una personalidad que ha alcanzado niveles mayores de maduración.

Paranoide, trastorno de la personalidad. Es el trastorno caracterizado por la presencia de suspicacia y desconfianza sin base suficiente en distintos ámbitos de la vida del sujeto como lo demuestran la sospecha sin motivo de ser utilizado por otros, las dudas acerca de la fidelidad de los amigos, la reticencia de confiar en los demás por temor a que la información que se suministre pueda ser utilizada en su contra, el vislumbrar en hechos sin importancia significados ocultos que son degradantes para él, rencor persistente de viejas injurias, reacciones iracundas ante aparentes agresiones y celos hacia su pareja.

Paranoides, estados. Síndromes psiquiátricos, caracterizados por la presencia de ideas delirantes de autorreferencia, de perjuicio y de persecución con menor grado de sistematización que la paranoia. El término se introdujo para diferenciarla de esta última, en donde la claridad, el orden y la coherencia le confieren al sistema de ideas verosimilitud y plausibilidad. En el DSM-IV aparecen incluidas dentro del Trastorno delirante tipo paranoide y en la CIE-10 dentro de los Trastornos de ideas delirantes persistentes. Estos últimos incluyen los Trastornos de ideas delirantes propiamente dichos que abarcan paranoia, psicosis paranoide sin especificación, estado paranoide, parafrénia (tardía), delirio sensitivo de referencia, por un lado y por el otro las categorías residuales llamadas otros Trastornos de ideas delirantes persistentes que comprende la dismorfofobia delirante, Estado paranoide involutivo y la Paranoia querulante y el Trastorno delirante sin especificación.

Paraplegia. Parálisis de los miembros inferiores.

Parapraxia. Término utilizado por Freud para aludir a síntomas tales como caídas accidentales de objetos y trabamientos de la lengua en la articulación de la palabra. Error del habla motivado por pensamientos inconscientes.

Paraprosexia. Alteración cualitativa de la atención en la cual el componente espontáneo de dicha función se encuentra aumentado en detrimento de la voluntaria, de modo que cualquier estímulo convoca la atención del paciente, de tal forma que la misma salta de objeto en objeto dificultando la comprensión del discurso emitido. Es un signo casi patognomónico del episodio maniaco.

Parareacción. Es una reacción anormal en la cual se produce una respuesta exagerada cuya significación alcanza ribetes delirantes.

Parasimpático, sistema nervioso autónomo. Rama del sistema nervioso autónomo que se encarga de funciones de síntesis o almacenamiento energético. Utiliza como neurotransmisor la acetilcolina, que interactúa con receptores nicotínicos y muscarínicos. Los efectos de esta rama varían según el sitio donde actúen, a diferencia del sistema simpático, cuyas reacciones son generalizadas y sus acciones coordinadas en todo el organismo.

Parasitofobia. Acarofobia, Alucinación crónica del tacto, Delirio de infestación. Es la falsa creencia de que uno se encuentra infestado por animales, insectos o parásitos. Esta creencia conduce a intentos desesperados por parte del paciente de sacárselos por medio de rascados u otras conductas, lo que conduce a la formación de excoriaciones de la piel muy características. Puede ser el único síntoma de una enfermedad o puede presentarse en depresión, esquizofrenia y Trastornos obsesivos compulsivos. Para quienes la consideran un trastorno del pensamiento la clasifican como una Psicosis hipocondríaca monosimpotomática o Trastorno delirante somático (DSM-IV) o Trastorno delirante de ideas persistentes (CIE-10).

Parasomnía. 1.- Comportamiento o hechos fisiológicos anormales que ocurren durante el sueño o en las transiciones sueño-vigilia. 2.- Trastorno primario del sueño que incluye a las pesadillas, el sonambulismo, los terrores nocturnos y las parasomnias no especificadas en otros apartados (alteraciones conductuales en el sueño REM, parálisis del sueño y los trastornos que no pueden encuadrarse dentro de algunas de las características).

Paratimia. Alteración cualitativa del humor en la cual una evocación produce la reacción emocional opuesta a la esperada. Para Bleuler está ligada a una alteración de los impulsos, y la describe como un síntoma característico de la esquizofrenia.

Paratonía. Forma especial de alteración del tono muscular en la cual las extremidades ante movimientos pasivos aumentan su resistencia. Es un signo de compromiso del lóbulo frontal.

Paratonía progresiva. Nombre utilizado por Bernstein para denominar la esquizofrenia.

Parcialismo. Atracción sexual sólo por una parte del cuerpo de la pareja: pies, manos, pechos, etc.

Pareidolia. Imagen sensorio-perceptiva normal creada por la fantasía y originada en imágenes reales que agrupadas de diversas maneras constituyen una nueva imagen.

Parental. Relativo a padres.

Parenteral. Alude a las vías de administración de drogas intramuscular e intravenosa, es decir, todas aquellas que implican la utilización de agujas. Término es utilizado en farmacología.

Parentesco. El estudio del parentesco fue iniciado en 1861 por el jurista inglés Henry Maine (1822-1888), y la expresión “sistema de parentesco” fue introducida en 1871 por el antropólogo norteamericano Lewis Henry Morgan (1818-1881) para designar el conjunto estructurado de actitudes fijadas por las normas sociales y observadas por los individuos emparentados por la sangre o el matrimonio. Los trabajos antropológicos sobre los sistemas de parentesco se basan en el cuádruple estudio de la alianza (el matrimonio), los

lazos de filiación, la genealogía y las generaciones. Según sea la orientación adoptada (evolucionismo, funcionalismo, estructuralismo, etcétera), cada escuela privilegia determinados elementos respecto de los otros. Sistema de relaciones y roles que se genera sobre la base de lazos de sangre y matrimonio y que relacionan a los individuos entre sí, según una estructura jurídica establecida. Dentro del sistema de parentesco, funciona la familia con las variantes que cada sociedad establece. Línea de parentesco es la serie de grados que forma cada generación de individuos: cada generación forma un grado, y la serie de grados es lo que la constituye. La línea es recta o transversal, componiéndose la primera de la serie de grados entre personas que descienden unas de otras y la segunda de la serie de grados entre personas que, sin descender unas de otras, proceden de un progenitor común. En ella los grados se cuentan por el número de generaciones, o por el de las personas, excluyendo al progenitor. En la línea transversal, los grados se cuentan por el número de generaciones, subiendo por una de las líneas y descendiendo por otra, o por el número de personas que hay de uno a otro de los extremos que se consideran, excluyendo la del progenitor tronco.

Parergasia. Kraepelin utilizó el término para describir una alteración en la ejecución de los impulsos, en la cual el mismo se ve interrumpido antes de que el paciente puede dar el primer paso de una secuencia de actos. Un ejemplo lo constituye el paciente a quien se le pide que abra los ojos que responde peinándose. Este signo también se denomina parabulia y se lo ha descrito en la esquizofrenia.

Parestesia. Sensaciones extrañas, anormales y no dolorosas de calidad variable tales como quemazón, picor, hormigueo, sensación de tironeo cutáneo y sensaciones térmicas.

Parkinson, enfermedad. Fue descrita en 1817 por James Parkinson, en un estudio denominado “ensayo sobre la parálisis agitante”, para referir a un síndrome caracterizado por una hipertonía específica (rigidez en rueda dentada), de una akinesia y de un temblor de reposo “en cuenta moneda” o “haciendo migas de pan”. Se presenta en la segunda mitad de la vida, y obedece a una degeneración progresiva de determinadas estructuras neuronales de una zona cerebral rica en el neurotransmisor dopamina. De hecho, debido a su pérdida se la trata con drogas que provean o aumenten la función dopaminérgica. Es el tercer desorden más frecuente en neurología.

Parkinsonismo. Síndrome caracterizado por temblores musculares rítmicos conocidos, como liar cigarrillos, acompañados de espasticidad y rigidez de movimiento, marcha propulsiva, postura desfalleciente y face inexpressiva. Se observa habitualmente en edades avanzadas de la vida como consecuencia de modificaciones arterioscleróticas en los ganglios basales.

Parorexia. Disorexia.

Parosmia. Alteración en el sentido del olfato de origen psíquico u orgánico. Este término incluye osfresiolagnia, osfresiofilia y alucinaciones olfatorias.

Paroxetina, fármaco. Antidepresivo. Inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina. Indicaciones: la paroxetina está indicada para el tratamiento de la depresión. Se estableció la eficacia de la paroxetina en el tratamiento del episodio depresivo mayor en pacientes ambulatorios según criterios diagnósticos del DSM IV. Luego de una respuesta inicial sa-

tisfactoria, la continuidad de paroxetina es efectiva en la prevención de las recaídas de la depresión. La paroxetina también está indicado en el tratamiento de los síntomas y en la prevención de las recaídas de los Trastornos obsesivo compulsivo (TOC) y Trastorno de pánico con o sin agorafobia. La paroxetina está indicada para el tratamiento de los síntomas de los Trastornos de ansiedad social/fobia social. La paroxetina ha demostrado ser efectiva en el tratamiento del trastorno por estrés post-traumático. Está indicada en el tratamiento de los síntomas y en la prevención de la recaída del trastorno de ansiedad generalizada.

Parricidio. Del latín: *parricidium*. Delito cometido por el que mata a su ascendiente o descendiente, directos o colaterales, o a su cónyuge.

Pars pro toto. Loc. lat., literalmente, es el todo por la parte.

Partenaire. Pareja.

Partenofilia. Preferencia sexual por mujeres doncellas. En algunas sociedades hay formas de partenofilia impuestas por la colectividad cuando se exige a la mujer la virginidad para llegar al matrimonio o cuando se da al varón el derecho a rechazar a la mujer si no es doncella.

Partenogénesis. Forma de reproducción asexual que se observa en vegetales.

Parteología. Conjunto de estudios sobre el himen y la virginidad.

Partes. Der. Toda persona que litigue por su propio derecho o en representación de terceros.

Partes pudendas. Dícese por lo externo del aparato genital.

Parto. Del latín: *partus*. Acción de parir. Producción del entendimiento o ingenio humano, y cualquiera de sus conceptos declarados o dados a luz. Fig., cualquier cosa especial que puede suceder y se espera que sea de importancia.

Partouze. Orgía.

Pase. Procedimiento creado por J. Lacan para que los futuros analistas dieran cuenta de su recorrido analógico dentro de un encuadre institucional, tal como era la Escuela Freudiana de París, y que ha continuado utilizándose en numerosas escuelas posteriores de filiación lacaniana. Consiste en que el aspirante al pase (pasante) les hablaba a dos referentes en análisis a la vez (pasadores) acerca de su análisis y/o su final. Estos dos pasadores a la vez presentan la situación ante un jurado y éste decide si darle o no el pase al candidato. Era como una certificación o aval institucional del final del análisis del pasante, y aunque no era obligatorio era indicado como requisito formal.

Pasión. Del latín: *passio*, *-onis*. 1.- Acción de padecer. Por antonom., la de Jesucristo. Lo contrario a la acción. Estado pasivo en el sujeto. Cualquier perturbación o afecto desordenado del ánimo. Inclinação o preferencia muy vivas de una persona a otra. Apetito o afición vehemente a una cosa. Med. Afecto o dolor sensible de alguna de las partes del cuerpo enfermo (*Dicc. Real Acad. Española*). 2.- Jubilosa o dolorosa, entusiasta o melancólica, extática o colérica, toda pasión es una puesta en tensión del deseo y una intensificación de las emociones, incluso una puesta en escena dramatizada de lo que se verifica, se exige, se lamenta, se espera. No obstante, en el sentido del *pathos*, más se la sufre que se la actúa deliberadamente. Es, en efecto, por el hecho de que no se posee a sí mismo que el sujeto puede ser tomado por una pasión que, si desborda los límites del Yo, lo empuja a la

expansión narcisista o lo amenaza con la disolución. De todos modos, el sujeto pasa cada vez por un momento de fascinación en el que es cautivado y en el que parece que el destino hiciera signo. Es éste el rasgo común que permite identificar como pasiones una serie de fenómenos: el enamoramiento, la entrada en trance, la creencia en un oráculo, el encuentro que deja estupefacto, la excitación súbita, pero también la apuesta del jugador, la obstinación del coleccionista, etcétera.

Pasionales, delirios. Se caracterizan por la influencia de estados ideó-afectivos que dominan el espíritu con una relativa independencia respecto de la lógica. Pertenecen a esta categoría la erotomanía descrita por Clérambault (convicción delirante de ser amado); la celotipia (convicción delirante de ser engañado por su pareja) y la reivindicación y querulancia (prevalencia de la idea de un perjuicio sufrido a consecuencia de un no reconocimiento de un mérito propio, autoría o propiedad, acompañados de una intensa actividad querellante judicial). Estos revisten importancia médico-legal. En la actualidad, dichos síndromes se denominan Trastornos delirantes tipo erotomaniaco, celotípico y persecutorio, respectivamente.

Pasivo. Caracteriza un estado de reposo o inactividad o una condición en que la conducta es iniciada y controlada externa más que internamente.

Pasivo agresivo, trastorno de la personalidad. Es un tipo de personalidad originalmente descrito en el DSM-I (*American Psychiatry Association*, 1952), en el DSM-II (*American Psychiatric Association*, 1968); en el DSM-III y DSM-III-R (*American Psychiatric Association* 1980 y 1987) como aquella caracterizada por una resistencia encubierta y falta de respuesta a las expectativas de los otros. Estas conductas conducen a una procrastinación de todas las tareas al sujeto asignado de modo que ningún plazo es respetado, ninguna tarea es completada ni finalizada en forma independiente de la ayuda de otros. Estas personas se quejan de las demandas de los otros, de la falta de respeto de sus tiempos por parte de aquéllos, aunque no oponen ningún tipo de resistencia explícita. Se caracterizan por trabajar a un ritmo ineficiente que encoleriza al interlocutor generándole frustración e impotencia, contrastando con la aparente amabilidad que estas personalidades muestran. Este tipo de personalidades pueden encontrarse en empleados de las burocracias administrativas.

Pasivo-dependiente, trastorno de la personalidad. Es una variante del trastorno pasivo-agresivo de la personalidad, caracterizado por la desesperanza, indecisión y tendencia a recostarse en otros.

Passim. Loc. lat., literalmente, “Aquí y allí”; en una y otra parte; en lugares diversos.

Pater noster. Loc. lat., literalmente, Padre Nuestro.

Pater us est, presunción. La establecida sobre paternidad en la legislación: el hijo que nace después de expirados los ciento ochenta días subsiguientes al matrimonio se reputa concebido en él y tiene por padre al marido.

Pathos. Sufrimiento psíquico, distinto del dolor sensorial.

Patobiografía. Estudio histórico de un carácter basado en las pruebas biográficas disponibles y no en una observación clínica. Estudio de la personalidad humana a la luz de los padecimientos del individuo.

Patognomónico. Signo o síntoma característico de una enfermedad cuya presencia asegura el correcto diagnóstico.

Patografía. Estudio detallado de la personalidad de un sujeto desde el punto de vista de sus padecimientos psíquicos. Descripción o graficación de tales padecimientos.

Patología. 1.- Rama de la biología y de la medicina que estudia las enfermedades, los trastornos y los estados anormales del organismo. 2.- Las enfermedades y trastornos, a diferencia de los estados normales del individuo.

Patología mental. Sinónimo de psicopatología.

Patología sexual. Conjunto de alteraciones orgánicas o psíquicas que impiden o desvirtúan total o parcialmente el cumplimiento de las finalidades de la vida sexual.

Patomimesis. Simulación.

Patoneurosis. Neurosis que sucede a una enfermedad orgánica y en que la libido, que se ha retirado del mundo externo, se dirige no hacia todo el ego, sino principalmente al órgano lesionado o enfermo y provoca síntomas en esa zona.

Patria potestad. Autoridad que los padres tienen, con arreglo a las leyes, sobre sus hijos no emancipados. Conjunto de derechos y obligaciones que tienen algunos ascendientes sobre la persona y bienes de sus descendientes hasta que éstos lleguen a su mayoría de edad.

Patriarcado. 1.- El patriarcado es un sistema político-jurídico en el cual la autoridad y los derechos sobre los bienes y personas dependen de una regla de filiación llamada patrilineal, es decir, que se concentran en las manos del hombre que ocupa la posición de padre fundador, sobre todo en las sociedades occidentales. No obstante, el sistema patriarcal pocas veces se presenta con esa pureza, en la medida en que coexiste en numerosas sociedades con una filiación matrilineal que decide la pertenencia del individuo con referencia a vínculos genealógicos que pasan por las mujeres. 2.- Forma de organización social y familiar en la que el varón —el padre— tiene la autoridad. La descendencia y sus derechos están determinados por la línea paterna.

Patrilagnia o zigatría. Relación sexual incestuosa entre padre e hija/hijo.

Patrismo. Según Rattray G. Taylor, denominación de las sociedades en que el dominio real lo tiene el varón, independientemente de si son matriarcales o patriarcales. Predominan aquí objetivos atribuidos a lo masculino: búsqueda de cambios, rebeldía, agresividad.

Patrocinante. 1.- Persona individual, grupo de personas, empresa, institución u organización que asume la responsabilidad de la iniciación, mantenimiento y/o financiación de un estudio clínico. 2.- Cuando un investigador independiente inicia y toma toda la responsabilidad de un estudio clínico, entonces el investigador asume el papel del patrocinante (*A.N.M.A.T.*). 3.- En derecho, denomínase así al abogado que ampara y asesora a la parte para que pueda intervenir en un juicio. 4.- Proporciona asesoramiento legal sin ostentar poder.

Patrón. Muestra o modelo que debe copiarse o imitarse.

Patrón de conducta. Ordenamiento temporal o espacial de respuestas, como el que se presenta en un repiqueteo rítmico o en el recorrido de un laberinto.

Pauca, sed bona. Loc. lat., literalmente, pocas cosas, pero buenas.

Pauci vero electi. Loc. lat., literalmente, pocos son los escogidos.

Pauta repetitiva. Actitud continua o tipo de conducta característica de una persona y realizada mecánicamente o inconscientemente.

Pavlov, Ivan Petrovich [1849-1936]. Neurofisiólogo ruso, famoso por su trabajo sobre condicionamiento.

Pecado. 1.- Conducta que viola el código moral establecido. Se usa solamente cuando el código moral se concibe como ley de una divinidad o plan divino de vida, considerándose su violación como una ofensa a Dios. 2.- En ciertos trastornos mentales, la conciencia de pecado es un síntoma específico.

Peccata minuta. Loc. lat., literalmente, error, vicio o falta leve.

Peculio. Del latín: *peculium*. Hacienda o caudal que el padre o señor permitía al hijo o sirvo para su uso y comercio.

Pedagogía. Ciencia de la educación.

Pederasta. Homosexual activo con adolescentes.

Pederastia. Del griego: *paidierastia*. Penetración anal de niños varones (*país, paidos*, niño). Abuso deshonesto cometido contra los niños. Concubito entre personas del mismo sexo, o contra el orden natural, sodomía. Por extensión, práctica del coito anal.

Pedicación. Penetración anal en general.

Pedicar. Realizar el coito por vía anal.

Pediofilia. Sexo con muñecas.

Pedofilia. Preferencia por realizar el coito o actos eróticos con niños. Trastorno psicosexual caracterizado por el interés erótico hacia los niños.

Pelagra. Deficiencia de la vitamina ácido nicotínico* que se manifiesta por diarrea, eritema seguido de descamación de la piel afectada y retraso mental.

Peligro. Del latín: *periculum*. Riesgo o contingencia inminente de que suceda algún mal. Lugar, paso, obstáculo o situación en que aumenta la inminencia del daño.

Peligro [señal de]. En la teorización freudiana de la angustia propuesta en *Inhibición, síntoma y angustia*, se trata de una señal de peligro inminente emitida por el Yo, cuando se produce o está por producirse la irrupción pulsional de alguna carga proveniente de Ello que podría desorganizar o desequilibrar el sistema. Esta “angustia señal” permite mejorar las defensas yoicas o levantar alguna adicional para moderar el impacto.

Pena. Del latín: *Poena*. Castigo impuesto por autoridad legítima al que ha cometido un delito o falta. Cuidado, aflicción o sentimiento interior grande. Dolor, tormento o sentimiento corporal.

Pena accesoria. Der. La que se impone según ley, como inherente, en ciertos casos, a la principal.

Pene. Denominado también miembro, falo o verga, es un órgano de tamaño variable, cilíndrico, que se sitúa sobre la bolsa escrotal, ante y bajo la sínfisis.

Pene [envidia del]. Correlato teórico de la premisa universal del pene, teorizada por Freud, que despierta en las niñas la ambición de tenerlo, aunque luego pueda jugarse dicha problemática en el sentido de “Serlo”.

Penetrancia del gen. Probabilidad de que un gen que se exprese fenotípicamente.

Penología. Estudio científico del castigo del crimen, tanto a los fines de intimidación como de reforma.

Pensamiento. P. Aulagnier manifestaba. “Denomino pensamiento a esa parte de las construcciones psíquicas que debemos a la actividad del yo, consistente en ligar la imagen de cosa con la imagen de palabra. Por ‘imagen de palabra’ entiendo, no la emisión o recepción de una sonoridad fonemática, sino algo oído que el Yo percibe como portador de significación y, en ciertas condiciones, como creador de esas mismas significaciones”. Con este concepto se quiere describir todo lo atinente a los procesos racionales y actividades intelectuales como el razonamiento, el juicio, la capacidad de abstracción, la relación comparativa, la generalización y otras utilizadas para la resolución de cuestiones problemáticas y la toma de decisiones *in absentia*, o sea, a través de representaciones mentales y afectivas.

Pensamiento abstracto. Tipo de pensamiento dirigido a metas generales o universales, muy marcado en lógica, física, matemática, o metafísica, aunque de alguna manera esté presente en cualquier tipo de pensamiento, ya que no hay pensamiento sin abstracción.

Pensamiento analógico. Modalidad de pensamiento que se basa en la utilización de analogías o comparaciones, ya sea en la bajada empírica de las conclusiones como para generar hipótesis, nuevas. Es común en el pensamiento mágico y en el pensamiento del niño.

Pensamiento autista. Denomínase así a la modalidad de dar por hechos o ya acontecidos deseos personales pasando por alto la realidad y sus límites y determinaciones. En el orden de esta especie de “ilusión” del pensamiento, los deseos y fantasías del sujeto parecen plasmarse en la imaginación haciendo una especie de círculo, ya que la imaginación está en el origen del pensamiento y también en la realización imaginaria de estos pensamientos. También son parte de la vida normal de todos, ya que en la poesía, el arte o los sueños son necesarios pensamientos de estas características. En el extremo estarían los casos psicóticos como la esquizofrenia y la paranoia, donde también está presente el pensamiento autista, aunque actuando claramente en desmedro de la realidad perdida o comprometida.

Pensamiento automático. Los pensamientos automáticos son aquellos que surgen en forma espontánea, son muy breves y hasta pueden no reconocerse, a menos que se ayude al paciente a registrarlos. Por ejemplo, pensamientos negativos sobre uno mismo o sobre algún peligro. Son pensamientos que reflejan la valoración no objetiva que hace el sujeto de la situación objetiva actual.

Pensamiento categórico. Término introducido por Piaget para aludir al pensamiento abstracto.

Pensamiento delirante. K. Schneider lo definía como las creencias firmemente fijadas a partir de percepciones u ocurrencias delirantes, firmemente arraigadas en la personalidad del paciente a las que privilegia por encima de otras dimensiones de la vida.

Pensamiento dereístico. Es una forma de actividad de la mente caracterizada por la falta de relación con la realidad, de pragmatismo, de finalidad y de dirección. Bleuler afirmaba que tal pensamiento estaba “dispensado de la obligación de ser objetivo y comprensible”.

Este tipo de pensamiento apartado de las reglas lógicas, del tiempo y de la realidad se encuentra presente en la Esquizofrenia formando parte de un síndrome dereístico junto al apragmatismo, memoria autística, racionalismo mórbido, geometrismo mórbido y delirio paranoides.

Pensamiento desrealista. Actividad mental que no concuerda con la lógica o la experiencia. Este tipo de pensamiento se observa en estados esquizofrénicos.

Pensamiento mágico. 1.- Es una modalidad de pensamiento presente en los niños, las personas primitivas y en el Trastorno obsesivo compulsivo que consiste en atribuir a los objetos cualidades extrañas confiriéndoles poderes extraordinarios relacionados por similitud o proximidad temporoespacial. Betta describe los siguientes principios sobre los cuales se elabora dicho pensamiento: 1º “cuando dos objetos son parecidos o presentan algún punto de semejanza se los considera dotados de las mismas propiedades”; 2º “cuando dos objetos, aunque sean totalmente diferentes, se hallan en contacto o próximos se influyen mutuamente, adquiriendo uno las propiedades del otro”. Piaget describe esta modalidad de pensamiento en el período de desarrollo que el denomina sensorio motor (estadio III, previo al desarrollo de la inteligencia práctica) pudiendo resumirse la misma en dos proposiciones: “pienso entonces ocurre” (egocentrismo), y “si están juntos son iguales” (similitud por contigüidad espacial). 2.- Creencia errónea de que los propios pensamientos, palabras o actos causarán o evitarán un hecho concreto de un modo que desafía las leyes de causa y efecto comúnmente aceptadas. El pensamiento mágico puede formar parte del desarrollo normal del niño.

Pensamiento prolijo. Es la modalidad de pensamiento en la cual el sujeto no puede omitir detalles insignificantes perdiéndose en ellos. El discurso por momentos parece disgregado. Sin embargo, si se lo sigue atentamente conserva la idea directriz. Luego de ser interrumpido el paciente retoma su discurso en el mismo punto donde había quedado. Es un trastorno del curso del pensamiento presente en los pacientes orgánicos cerebrales. También se lo denomina pensamiento minucioso.

Pensamiento sincrético. Término introducido por Piaget para describir el pensamiento concreto, particular.

Pensamiento sintáctico. Término introducido por Sullivan para describir el pensamiento lógico, orientado a un fin, orientado a la realidad.

Peodeictofilia. Excitación a través de la exhibición del pene.

Peptidérgico. 1.- Relativo a péptidos. 2.- Sistema de neurotransmisión que utiliza péptidos para la señalización entre neuronas y entre neuronas y glándulas.

Per accidens. Loc. lat., literalmente, accidentalmente.

Per capita. Loc. lat., literalmente, por cabeza, por persona, individualmente. Se usa en los juicios sucesorios, cuando no hay diferencias entre los herederos.

Per saltum. Loc. lat., literalmente, saltando. Se aplica cuando no se sigue el orden jerárquico en los ascensos, omitiéndose algún grado o no se respeta la antigüedad; también se usa la expresión cuando a nivel judicial los recursos se plantean ante el tribunal de última instancia, la Corte Suprema, obviándose, el tribunal que ha dictado el auto recurrido.

Per se. Loc. lat., literalmente, por sí mismo. Indica que alguien actúa por su cuenta, por su iniciativa, por facultades propias.

Percepción. Proceso mental por el cual los datos intelectuales, sensoriales y emocionales se organizan significativamente. Función psíquica que permite al organismo, a través de los sentidos, recibir y elaborar las informaciones provenientes del exterior y convertirlas en totalidades organizadas y dotadas de significado para el sujeto. Función psíquica que permite al organismo, a través de los sentidos, recibir y elaborar las informaciones provenientes del exterior y convertirlas en totalidades organizadas y dotadas de significado para el sujeto. Por medio de la percepción, una persona da sentido a los muchos estímulos que le llegan. Los grupos terapéuticos pretenden aumentar y alterar la percepción de modos que conduzcan al desarrollo del potencial de cada participante.

Percepción, alteraciones. Algunas alteraciones de la percepción son las siguientes: 1) Aglutinación perceptiva: percepción unitaria de sensaciones que en la realidad se producen de forma diferenciada (ver también sinestesia). 2) Distorsión perceptiva: percepción alterada de las características físicas objetivas de los estímulos que se producen en el exterior. 3) Engaño perceptivo (términos relacionados: error perceptivo, percepción falsa): experiencia perceptiva nueva que (a) suele convivir con el resto de las percepciones “normales”; (b) o bien no se fundamenta en estímulos realmente existentes, fuera del individuo (como las alucinaciones y algunas pseudopercepciones); (c) o bien se mantiene y/o activa a pesar de que el estímulo que produjo la percepción inicial ya no se halla físicamente presente (como las imágenes eidéticas, las parásitas y las consecutivas). 4) Escisión perceptiva: percepción desintegrada de los diversos elementos de un mismo estímulo. Puede ceñirse a las formas (morfolisis) o a la disociación entre color y forma (metacromías).

Percepción delirante. 1.- Betta la define como “la falsa interpretación del significado de una percepción real; por lo general se refiere a una percepción real”. K. Schneider utilizaba este término para denotar que lo anormal está en el significado de la percepción. Se observa en delirantes y esquizofrénicos. 2.- Idea delirante primaria que consiste en la interpretación delirante de una percepción normal.

Percepto. Resultado de la conjunción de los componentes subjetivos y objetivos de la percepción por parte de un sujeto que percibe.

Perceptualización. Acto o proceso de representación de la realidad tal como impacta en los sentidos sin participación de instancias de elaboración superiores. Es el tipo de representación que se observa en los sueños y en las alucinaciones.

Perdonar. Del latín: *per* y *donare*, dar. Remitir la deuda, ofensa, falta, delito u otra cosa el perjudicado por ello. Excepcionar a uno de lo que comúnmente se hace con todos, o eximirlo de la obligación que tiene. Renunciar a un derecho, goce, o disfrute.

Pérfida, mujer. Dícese por mujer adúltera.

Perfil. Representación gráfica de los resultados de un test o batería de tests.

Perfil psicológico. Esquema sintético de lo que aparentemente serían las características esenciales de un sujeto en cuanto a personalidad y carácter, usualmente obtenido por pruebas psicológicas diversas, proyectivas e intelectuales que da como un panorama situacional de su persona y algunas características estructurales.

Perfil psíquico. Esquema de los rasgos psíquicos característicos de un individuo, cuyas variaciones dependen de las actividades o responsabilidades que deben asumir.

Perimir. Llamase así a la terminación anormal del proceso. Caducidad.

Perineo. Parte anatómica blanda que cierra la cavidad pélvica, situándose entre el ano y el aparato genital.

Período de latencia. Período de la vida entre la edad de 4 ó 5 años y los 12 que separa la sexualidad infantil o pregenital del comienzo de la pubertad o sexualidad genital y en el que las manifestaciones sexuales son, por lo general, menos aparentes.

Peristasis. Término utilizado en genética para denotar el ambiente externo.

Perito, ta. Del latín: *peritus*. Sabio, experimentado, hábil, práctico en una ciencia o arte. Persona que en alguna materia tiene título de tal, conferido por el Estado. Persona que, poseyendo especiales conocimientos teóricos o prácticos, informa, bajo juramento, al juzgador sobre puntos litigiosos en cuanto se relacionan con su especial saber o experiencia. Individuo que ha tenido una educación especial en una rama determinada de la ciencia, el arte o la industria, de tal modo que sus juicios o afirmaciones en ese campo merecen especial consideración.

Perjuicio, ideas delirantes de. En estas ideas la concepción delirante consiste en la idea de haber sido perjudicado o de que se ha cometido una injusticia que deberá ser reparada. Está presente en los delirios interpretativos de la Paranoia querulante.

Pernada, derecho de. En la época feudal, derecho que se atribuían los señores de desflorar o copular con las hijas de sus vasallos. Se lo llama también derecho de la primera noche (*ius primae nocti*). Se discute si efectivamente existió.

Perplejidad. Es una alteración cualitativa de la afectividad que consiste en un sentimiento complejo caracterizado por la extrañeza, de desconcierto, de asombro, de duda y de desconfianza. Está presente en la confusión mental cuando la obnubilación no le permite al paciente precisar qué ocurre con él y su alrededor. H. Ey la define como el asombro ante la nada.

Persecución, ideas delirantes de. En estas ideas la concepción delirante consiste en la idea de ser perseguido, vigilado, amenazado, frustrado y difamado. La mayoría de los pacientes tiene claro el móvil de tal persecución: envidia, afán de riqueza, envidia, venganza; pero otras veces las motivaciones no están claras.

Perseveración. Repetición persistente y sin objetivo alguno de actividades, palabras o frases. Repetición patológica de la misma respuesta a preguntas diferentes.

Perseveración verbal. Es la repetición de una misma palabra o palabras ante distintas preguntas y consignas. Es un signo que puede estar presente en distintas patologías: epilepsias, síndromes confusionales, trastorno obsesivo compulsivo y esquizofrenia.

Persona. Del latín: *persona*. Individuo de la especie humana. Hombre o mujer cuyo nombre se ignora o se omite. Der. Sujeto de derecho. Según Jung, es la máscara que debe utilizar el sujeto en su vida cotidiana, con lo cual éste no muestra toda su personalidad, sino una parte, porque no controla esta totalidad. En cada situación social, el individuo usará diferentes máscaras: será un niño con la madre, un alumno con el profesor, etc. La persona sirve para cubrir la vida íntima del individuo frente a los demás y al mismo tiem-

po permite al individuo adaptarse al medio en los términos que más le conviene. Asumiendo distintas formas, la persona termina identificándose con el Yo (que es una pequeña parte de la conciencia), constituyéndose así un “complejo del Yo”. Por Yo, Jung entiende “un complejo de representaciones que constituye el centro de mi zona consciente y que me parece de máxima continuidad e identidad”.

Persona en estudio clínico. Persona que participa voluntariamente en un estudio clínico y puede ser: 1. una persona sana, incorporada en un estudio; 2. una persona con una condición no relacionada con el empleo del producto en investigación; 3. una persona (usualmente un paciente) cuya condición es relevante para el empleo del producto en investigación. Estas personas participan del estudio clínico ya sea como receptores del producto en investigación o como controles (*A.N.M.A.T.*).

Persona non grata. Loc. lat., literalmente, persona mal recibida.

Persona orientada hacia el otro. Persona que es fácilmente influida y guiada por las actitudes y los valores de otra persona.

Persona orientada hacia lo interno. Persona automotivada y autónoma que no se deja guiar o influir por las opiniones y valores de otras personas.

Personalidad. 1.- K. Schneider propuso a la personalidad como el “conjunto de sus sentimientos y valoraciones, de sus tendencias y voliciones” y Jean Claude Filloux la definió “como la configuración única que toma, en el transcurso de la historia de un individuo, el conjunto de los sistemas responsables de su conducta”. 2.- Estructura psíquica de cada individuo, la forma como se revela por su modo de pensar y expresarse, en sus actitudes e intereses y en sus actos. 3.- Son patrones duraderos de percibir, relacionarse y pensar acerca del ambiente y de uno mismo. Los rasgos de personalidad son aspectos prominentes que se manifiestan en una amplia gama de contextos sociales y personales importantes. Los rasgos de personalidad sólo constituyen un trastorno de personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos y provocan malestar subjetivo o déficit funcional significativo. Organización integrada por todas las características cognitivas, afectivas, volitivas y físicas de un individuo tal como se manifiesta a diferencia de otros. De este modo, se considera la personalidad como una totalidad integradora de funciones, una entidad temporal puesto que es la de un individuo que vive históricamente y que se afirma a través de la conducta y por medio de ella. Estas pautas de exteriorización de la conducta se denominan rasgos. Cuanto más variables y flexibles sean éstos, tanto más sana será la personalidad, mientras que la presencia de un sólo tipo de rasgos sumados con su propia rigidez determinarán una personalidad trastornada.

Personalidad anancástica. K. Scheneider utilizó la denominación de psicópatas anancásticos dentro de la categoría de los psicópatas inseguros de sí mismos para describir una personalidad caracterizada por los rasgos que hoy se prefiere agrupar bajo la denominación de Trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad (DSM-IV). La CIE-10 lo clasifica como Trastorno anancástico de la personalidad.

Personalidad antisocial. Trastorno caracterizado por la imposibilidad de avenirse con otros miembros de la sociedad y por conflictos repetidos con individuos y con grupos.

Personalidad asténica. Trastorno caracterizado por falta de entusiasmo, fatigabilidad, falta de capacidad de disfrute y escasa tolerancia al estrés. K. Schneider consideraba que en estas personalidades lo esencial era el “fracaso corporal” que resultaba del proceso de orientación de la atención psíquica del paciente hacia su soma. Entre los síntomas más frecuentes destacó la fatiga rápida, el insomnio, los trastornos cardíacos, vasculares y vesicales y las alteraciones de la menstruación, falta de concentración, “mala memoria”. Estas personas tienen un permanente miedo a estar enfermos. En la actualidad, cuando el paciente sólo presenta estos síntomas sin el temor de estar enfermos, se lo denomina Neurastenia (CIE-10). La American Psychiatric Association no lo reconoce como diagnóstico específico y lo incluye entro de las categorías residuales de los Trastornos somatomorfos. En la actualidad no se lo considera como un Trastorno de personalidad, aunque la CIE-10 la considera como una posibilidad de Personalidad dependiente.

Personalidad autodestructiva. En las literaturas psiquiátricas antiguas se utilizaba esta descripción para explicar el comportamiento de aquellos que se involucraban en relaciones que les ocasionaban desilusión o maltratos. También se lo llamaba “masoquismo moral”. La *American Psychiatric Association* la proponía como trastorno a investigar en el DSM-III-R (1987).

Personalidad autoritaria. El individuo con personalidad autoritaria presenta habitualmente los siguientes rasgos: obediencia ciega a la autoridad, cumplimiento estricto de normas rígidas, expectativa de lealtad incondicional por parte de sus subordinados, hostilidad frente a los miembros de otros grupos y admiración hacia los poderosos.

Personalidad ciclotímica. Trastorno de la personalidad en el cual el paciente experimenta períodos regularmente alternativos de exaltación y depresión, que habitualmente no guardan relación con circunstancias externas. Fue descrita por Kretschmer como una forma de temperamento caracterizado por presentar en su variante sana las características de las oscilaciones del ánimo que se pueden ver en la patología de la Psicosis maniaco depresiva. Así las cosas, retrató a los humoristas plácidos, a los prácticos resueltos y a los gozadores mezquinos como posibilidades intermedias normales entre los dos polos anímicos. Finalmente este autor, incorporando un concepto de Bleuler –sintónico– precisó que ciclotimia quedaría ligado al “concepto de constitución, que abarca igualmente lo sano y lo enfermo, mientras que sintónico, como concepto de subordinado y menor, se refiere a los estados ciclotímicos enfermos”. En la actualidad no se lo considera como un trastorno de personalidad sino como un trastorno del humor denominado “Ciclotimia”.

Personalidad “como si”. Fue descrita por Helen Deutsch para consignar personalidades cuya estructuración psíquica era más precaria que la de los neuróticos pero más sólida que la de los psicóticos y que sin embargo podía fluctuar entre ambos estados. Es una condición prepsicótica que indica la pérdida de las catexias de objeto que hace que toda la pauta de relación del sujeto está teñida de cierta falta de espontaneidad y carácter genuino. Este tipo de personalidad posteriormente se incorporó dentro de las nociones de personalidad límite.

Personalidad compulsiva. Tipo de personalidad caracterizado por rigidez, escrupulosidad, inhibición extrema e imposibilidad de relajarse.

Personalidad esquizoide. Trastorno de la personalidad en el cual el individuo es hipersensible, tímido y a veces excéntrico. Las personas con personalidades esquizoides suelen ser distantes y aparentemente no se emocionan ante acontecimientos y experiencias significativos.

Personalidad explosiva. Trastorno de la personalidad en el cual el individuo se comporta de una forma extremadamente airada y hostil, habitualmente en contraste con su conducta normal. En la actualidad se lo considera más que una alteración de la personalidad como un trastorno en el control de los impulsos.

Personalidad inadecuada. Trastorno de la personalidad caracterizado por inestabilidad emocional y física. El individuo es incapaz de enfrentarse con las vicisitudes de la vida. La CIE-10 la incluye dentro de las personalidades dependientes.

Personalidad múltiple. 1.- Término del psiquiatra Morton Prince para designar la reacción disociativa en la cual una persona tiene dos personalidades distintas o más, cada una de las cuales no es consciente de las otras. Trastorno de la identidad que se traduce por la coexistencia en un sujeto de una o varias personalidades separadas entre sí, al punto de hacerlo vivir vidas diferentes. 2.- Trastorno mental caracterizado por la aparición alternada en un sujeto de dos o más personalidades contradictorias entre sí.

Personalidad obsesivo-compulsiva. Trastorno de la personalidad en el cual el individuo es excesivamente perfeccionista, consciente y habitualmente demasiado inhibido.

Personalidad pasivo-agresiva. Trastorno de la personalidad en el cual el individuo manifiesta sus sentimientos agresivos de forma pasiva, tales como obstruccionismo, enfurruñamiento y tozudez.

Personalidad psicopática. Esta denominación adquirió trascendencia con el uso que K. Schneider dio al mismo a través de las sucesivas ediciones de su libro titulado, precisamente *Las personalidades psicopáticas* en donde las define como “aquellas personalidades que sufren por su anormalidad o hacen sufrir bajo ella, a la sociedad”. Este autor consideraba la anormalidad desde el punto de vista estadístico, es decir, apartado de la media de las características de la población. Si bien en la idea del autor residía el espíritu de ofrecer una explicación que no resultara en una taxonomía que diera la impresión de tratarse de subtipos de enfermedades, el efecto neto fue precisamente ese. Esta obra es una referencia ineludible, ya sea por la claridad de las descripciones o por su valor histórico en el campo del estudio de la personalidad y sus trastornos. Con el tiempo el término ‘psicopático’ quedó muy ligado a una significación peyorativa, sinónimo de trastorno antisocial de la personalidad de la cual se distinguía claramente; razón por la cual en la actualidad se utiliza la denominación de Trastornos de la personalidad para aludir al género que abarca los distintos tipos que lo integran. De este modo el trastorno antisocial de la personalidad es una especie dentro del género de los Trastornos de la personalidad. Los tipos que se describían en el trabajo original del autor eran: 1. psicópatas hipértimicos; 2. psicópatas depresivos; 3. psicópatas inseguros de sí mismos (que incluye a los *sensitivos* y los *anancásticos*), 4. psicópatas fanáticos; 5. psicópatas necesitados de estimación; 6. psicópatas lábiles de ánimo; 7. psicópatas explosivos; 8. psicópatas desalmados; 9. psicópatas abúlicos; y 10. psicópatas asténicos.

Personalidad sádica. El DSM-III-R (1987) proponía esta categoría para describir un tipo de personalidad caracterizada por “un patrón patológico de conducta cruel, vejatoria y agresiva que empieza al principio de la edad adulta y que se manifiesta por la presentación repetida de al menos cuatro de las siguientes características”: crueldad física para dominar a terceros; humillación de los otros, castigo con dureza a subordinados; disfrutar del sufrimiento ajeno; intimidación, restricción de la libertad de seres queridos y fascinación por la violencia. En la actualidad no está aceptada por los manuales clínicos como un trastorno de personalidad generando esto una enorme controversia, puesto que desde la Psiquiatría Forense se reclama por la necesidad de contar con dicha posibilidad diagnóstica.

Personalidad sexual. Conjunto de características morfológicas, funcionales, psíquicas y de reacción que conforman al individuo como sujeto sexual. Supone modos de actuar frente a los individuos de su sexo, en relación con el otro sexo y con la colectividad en general. Depende de la personalidad total del individuo.

Personalidad, trastorno antisocial de la. Es el trastorno que se caracteriza por la presencia de un conjunto de rasgos estereotipados y rígidos en los que predominan la violencia y el desprecio por los derechos de terceros, los cuales se encuentran presentes desde la edad de 15 años. El DSM-IV exige la reunión de al menos 3 elementos de la siguiente lista: inadaptación a las normas sociales, deshonestidad, impulsividad e incapacidad para planificar el futuro, irritabilidad y agresividad, despreocupación imprudente por la propia seguridad del sujeto, irresponsabilidad y falta de remordimientos. Para hacer este diagnóstico el sujeto debe haber cumplido los 18 años. La CIE-10 lo denomina Trastorno disocial de la personalidad, correspondiendo esta categoría con lo que clásicamente se denominó Trastorno de la personalidad sociopática, Trastorno de personalidad amorala, Trastorno de personalidad asocial, Trastorno de la personalidad antisocial y Trastorno de personalidad psicopática.

Personalidad, trastorno esquizoide de la. Para el DSM-IV es el trastorno de la personalidad caracterizado por un patrón generalizado “de distanciamiento de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional en el plano interpersonal”, que se manifiesta a partir de la edad adulta y que debe reunir más de cuatro de los siguientes criterios: no disfruta ni anhela formar parte de una familia o de mantener relaciones personales; preferencia por actividades solitarias, escaso interés en las relaciones sexuales; escasa capacidad para disfrutar de las actividades; falta de amigos íntimos; distante a las críticas y halagos y frialdad afectiva. La CIE-10 incluye la tendencia al devaneo fantástico y la dificultad para cumplir normas sociales lo que da lugar a un comportamiento excéntrico.

Personalidad, trastorno esquizotípico de la. El DSM-IV lo define como “un patrón general de déficit sociales e interpersonales asociados a malestar agudo y una capacidad reducida para las relaciones personales, así como distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento, que comienzan al principio de la edad adulta”. Deben reunirse al menos cinco de los siguientes criterios: ideas de referencia; pensamiento mágico; experiencias perceptivas inhabituales; pensamiento y lenguaje raro; suspicacia e ideación paranoide; afectividad inapropiada; apariencia bizarra o peculiar; falta de amis-

tades cercanas y ansiedad social excesiva. La CIE-10 la describe dentro del capítulo de Esquizofrenia y Trastornos delirantes. Utiliza los mismos criterios diagnósticos pero agrega las rumiaciones obsesivas sin resistencia interna, a menudo sobre contenidos dismórficos, sexuales o agresivos. Este nomenclador incluye aquí: la esquizofrenia límite; esquizofrenia latente; reacción esquizofrénica latente, esquizofrenia prepsicótica, esquizofrenia prodrómica, esquizofrenia pseudoneurótica y el trastorno esquizotípico de la personalidad. Aquí se especifica que no es clara su delimitación con la esquizofrenia simple, pero admite que su evolución crónica se asemeja a la de un trastorno de personalidad (que es el planteo del DSM-IV). Es importante destacar que tanto la escuela norteamericana como la europea reconocen su parentesco genético con la esquizofrenia. Por último, es importante destacar que este trastorno de personalidad no fue descrito por la investigación psicopatológica sino por la genética para aludir al gemelo univitelino de los sujetos con esquizofrenia que sin padecer la enfermedad presentaban características de personalidad que parecían una forma frustra de la misma.

Personalidad, trastorno límite de la. El DSM-IV lo define como “un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems”: “1. esfuerzos frenéticos para evitar el abandono real o imaginario”; “2. un patrón de relaciones interpersonales inestables caracterizadas” por las sucesivas idealización y desidealización; 3. alteración de la autoimagen o sentido de sí”; 4. “impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo” como son los gastos, sexo, abuso de sustancias, conducta temeraria e ingesta de comidas; 5. intentos, amenazas de suicidio y conductas automutilitativas; 6. inestabilidad afectiva; 7. sentimientos crónicos de vacío; 8. reacciones de ira e ideación paranoide. La CIE-10 lo clasifica dentro de los Trastornos de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite. En este incluye la personalidad “Borderline” y el trastorno Borderline de la personalidad.

Personalidad, trastorno narcisista de la. El DSM-IV lo define como un patrón general de “grandiosidad en la imaginación o en el comportamiento), una necesidad de admiración y una falta de empatía, que empiezan al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems”: sentido grandioso de importancia de sí mismo; fantasea con el éxito, el poder, la brillantez, belleza o amor imaginarios; sentimiento de creerse especial y único; exigencia de admiración; pretensión de cumplimiento de sus expectativas; es explotador y manipulativo de los demás; no puede hacer empatía con los demás; padece sentimientos de envidia y envidia a otros y presenta actitudes arrogantes y soberbias. La CIE-10 apela a una categoría residual incluyéndolo dentro de Otros trastornos específicos de la personalidad.

Personalidad, trastorno obsesivo compulsivo de la. El DSM-IV lo define como un patrón general de “preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia, que empieza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos”. Especifica que deben estar presentes cuatro o más de los siguientes ítems: preocupación por detalles, normativas, listas,

orden, organización u horarios, perdiendo de vista el verdadero objetivo de la actividad; perfeccionismo; adicción al trabajo; terquedad, escrupulosidad, inflexibilidad en temas de moral, ética o valores; incapacidad para tirar objetos; incapacidad para delegar tareas; avaricia; rigidez y obstinación. La CIE-10 lo denomina Trastorno anancástico de la personalidad, incluyendo en éste la personalidad compulsiva, la personalidad obsesiva, el trastorno compulsivo de la personalidad y el trastorno obsesivo de la personalidad.

Personalidad, trastorno paranoide de la. El DSM-IV lo define como un patrón generalizado de suspicacia y desconfianza que se exterioriza desde la edad adulta y que debe estar acompañado de al menos cuatro o más de los ítems que se detallan a continuación: sospecha sobre la conductas de terceros; desconfianza acerca de la lealtad de los amigos; reticencia a confiar en los demás por temor a que la información sea utilizada en su contra; celos de su pareja; atribución de significado a la conducta de los otros; percibe ataques a su persona en donde no lo hay y rencor. La CIE-10 detalla además que la autorreferencia pone en evidencia una sobrevaloración de la propia estima y destaca un perfil combativo en la defensa de lo que considera injusto. Este nomenclador incluye dentro de esta denominación las siguientes entidades: trastorno expansivo de la personalidad; trastorno sensitivo paranoide de la personalidad; trastorno querulante de la personalidad; personalidad querulante; personalidad sensitiva paranoide; personalidad paranoide y personalidad expansiva.

Personalidad, trastorno por dependencia de la. El DSM-IV lo define como el trastorno caracterizado por una necesidad que resulta excesiva y generaliza de que se ocupen de uno, que ocasiona un comportamiento de sumisión, adhesión y temores de separación que se manifiestan de la edad adulta a través de al menos cinco de los siguientes ítems: dificultad para tomar decisiones, delegación de responsabilidades, incapacidad para disentir por temor al rechazo, dificultad para iniciar proyectos o para hacer las cosas a su manera, realiza tareas desagradables para obtener la aprobación de los demás, no tolera la soledad por miedo a estar desvalido, temor a ser abandonado y al finalizar una relación busca rápidamente otra de reemplazo. La CIE-10 complementa estos criterios señalando además el sentimiento de inutilidad, incompetencia y de falta de resistencia. Para este último incluye: personalidad asténica, personalidad inadecuada, personalidad pasiva, personalidad derrotista, trastorno asténico, trastorno inadecuado, trastorno derrotista y trastorno asténico.

Personalidad, trastorno por evitación de la. El DSM-IV lo define como “un patrón general de inhibición social, sentimientos de inferioridad e hipersensibilidad a la evaluación negativa, que comienzan al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cuatro o más de los siguientes ítems”: evitación de contactos interpersonales importantes debido al temor a ser criticado, reticencia a vincularse con gente si no se está seguro de que se va a agradar, represión en las relaciones íntimas debido al miedo a ser avergonzado o ridiculizado, preocupación por ser criticado en situaciones de rechazo social, sentimientos de inferioridad en situaciones interpersonales nuevas, baja autoestima y evitación de compromiso en nuevas situaciones. La CIE-10 lo denomina trastorno ansioso (con conducta de evitación) de la personalidad, en donde destaca además la hipersensibilidad al rechazo y a la crítica.

Personalidad, trastornos de la. El DSM-IV lo define como un patrón duradero de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las pautas culturales del sujeto y que se manifiesta en al menos dos de las siguientes áreas: “cognoscitiva, afectiva, de la actividad personal o del control de los impulsos”. Este patrón es inflexible y estereotipado. La CIE-10 destaca que las “formas de comportamiento” son duraderas y “profundamente arraigadas en el enfermo, que se manifiestan como modalidades estables de respuestas a un amplio espectro de situaciones individuales y sociales”; representando “desviaciones extremas, o al menos significativas, del modo como el individuo normal de una cultura determinada percibe, piensa, siente y, sobre todo, se relaciona con los demás”. Precisamente los rasgos de la personalidad son definidos en el DSM-IV como una pauta de percepción, de pensamiento y de interacción con uno mismo y con el medio, siendo siempre saludable cuanto más numerosos y flexibles sean los que conforman la personalidad. Pero cuando estos son rígidos, repetitivos independientemente del contexto y generen dificultades de relación y adaptación serán considerados como patológicos, siéndolo también, en consecuencia, la personalidad que los presenta. En el DSM-IV los Trastornos de la personalidad se codifican en un eje particular, denominado Eje II, y se los agrupa en tres grandes grupos según un común denominador: Grupo A: se caracterizan por ser extraños, raros o bizarros. Incluye el Trastorno paranoide; Esquizoide y Esquizotípico, Grupo B: se caracterizan por ser dramáticos, actuadores o intensos. Incluye el Trastorno histriónico; Narcisista; Límitrofe; y Antisocial, Grupo C: se caracterizan por la ansiedad, nerviosismo o temores ansiosos-fóbicos. Incluye al Trastorno por Evitación, Dependiente y Obsesivo Compulsivo. Por su parte, la CIE-10 propone la siguiente lista de entidades que conforman dicho capítulo: -Trastorno paranoide de la personalidad, -Trastorno esquizoide de la personalidad, -Trastorno disocial de la personalidad, -Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad: tipo impulsivo; tipo límite, -Trastorno histriónico de la personalidad, -Trastorno anancástico de la personalidad, -Trastorno ansioso de la personalidad, -Trastorno dependiente de la personalidad, -Otros trastornos específicos de la personalidad que incluye: personalidad narcisista; excéntrica; inestable; inmadura; pasivo-agresiva; psiconeurótica, -Trastornos de la personalidad sin especificación que incluye: Neurosis de carácter y personalidad patológica, -Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad: trastornos mixtos de la personalidad y variaciones problemáticas de la personalidad. Esta última incluye la Acentuación de rasgos de la personalidad. -Transformación persistente de la personalidad no atribuible a lesión o enfermedad cerebral. -Transformación persistente de la personalidad tras experiencia catastrófica. -Transformación persistente de la personalidad tras enfermedad psiquiátrica. -Otras transformaciones persistentes de la personalidad que incluye: trastorno de la personalidad persistente tras experiencias no mencionadas anteriormente en dicho nomenclador, tales como el trastorno de la personalidad en el dolor crónico (psicosíndrome algógeno) y transformación persistente de la personalidad por duelo.

Persuasión. Intento racional deliberado de una persona para influir en las actitudes o conductas de otros, con el objeto de alcanzar algún fin preestablecido. Acto de convencer a través de la razón a otro individuo, o de hacer sugerencias eficaces.

Perturbar. Del latín: *perturbare*. Trastornar el orden y concierto, o la quietud y el sosiego de algo o de alguien. Impedir el orden del discurso al que va hablando. Perder el juicio una persona.

Perversidad polimorfa. En psicoanálisis, característica del niño en cuanto a sentir placer por la práctica de actos de crueldad y a demostrar ausencia de bondad frente a los demás.

Perversión. J. Lacan fue más allá de la conceptualización freudiana, al ubicar la perversión no sólo como un modo de conducirse peculiar, sino como una forma de estructuración, basada en la renegación como mecanismo. En este sentido, es dable diferenciar los “actos perversos” de estructura perversa en sí, ya que actuaciones perversas pueden ser cometidas por cualquier estructura en juego (neurótica, psicótica, normal-caracterológica, etc.) y, en cambio, la estructura perversa es singularizada y singularizante, y está presente aun cuando el sujeto no cometa “actos perversos”. Y esto es porque se trata de un modo de tramitación de goce, privilegiado en referencia a los pedestres y cotidianos placeres del neurótico. La estructura perversa se estructura alrededor de dos ejes principales, a saber: la renegación de la diferencia sexual y la castración. Esta renegación de la castración hace elevar la apuesta gozosa de manera creciente, ya que el goce por definición no tiene límites. Por otro lado, es una manera de tomar posición ante la pulsión, como intermediario del goce del otro. No hay pregunta acerca de qué quiere el otro de mí, sino un saber certero de lo que el otro desea y los modos de provisión de los recursos necesarios a tales fines. Así, si el neurótico está pendiente de cómo colmar las expectativas y los deseos del otro, el perverso tiene una certeza de que sus actos sirven al goce del otro y que él atesora y distribuye un saber en relación con las escenografías del goce.

Perverso, sa. Del latín: *perversus*. Sumamente malo, que causa daño intencionadamente. Que corrompe las costumbres o el orden y estado habitual de las cosas.

Pesadillas. Las pesadillas son una experiencia onírica cargada de ansiedad o de miedo. Los que las padecen tienen un recuerdo muy detallado del contenido del sueño. Esta experiencia es muy vívida y suele incluir temas que implican una amenaza para la supervivencia, la seguridad o la estimación de sí mismo. Con mucha frecuencia en la pesadilla suele repetirse un mismo tema o temas similares. Durante un episodio típico de pesadilla se produce una cierta descarga vegetativa, pero no hay vocalizaciones ni una actividad motriz apreciable. Al despertarse, el individuo alcanza rápidamente un estado de alerta y de orientación aceptables. Su comunicación con los demás es adecuada y por lo general puede proporcionar gran cantidad de detalles sobre la experiencia del sueño, tanto inmediatamente después como a la mañana siguiente. En los niños no suelen existir trastornos psicológicos asociados a las pesadillas, dado que cuando se presentan a estas edades tienen normalmente relación con fases específicas del desarrollo emocional. Por el contrario, los adultos con pesadillas presentan alteraciones psicológicas importantes, normalmente en forma de trastornos de personalidad. Además, el consumo de ciertas sustancias psicótropas, tales como reserpina, tioridazina, antidepresivos tricíclicos y benzodiazepinas, puede contribuir a la aparición de pesadillas. Asimismo, la supresión brusca de fármacos hipnóticos no benzodiazepínicos que suprimen el sueño REM (fase del sueño

en la que se producen los ensueños) puede potenciar la aparición de pesadillas por un efecto de rebote. Los rasgos clínicos esenciales para el diagnóstico son los siguientes: a) el despertarse de un sueño nocturno o de una siesta con recuerdos detallados y muy vívidos de sueños terroríficos, que normalmente implican una amenaza para la supervivencia, la seguridad o la estimación de sí mismo. El despertar puede tener lugar durante cualquier momento del período de sueño, aunque normalmente tiene lugar durante la segunda mitad; b) una vez despierto, el individuo alcanza rápidamente el estado de vigilia y se encuentra orientado y alerta y c) tanto la experiencia onírica en sí misma como la alteración del sueño provocan gran malestar al enfermo. Incluye trastorno de ansiedad del sueño (*CIE 10*).

Petición. Del latín: *petitio*, *-onis*. 1.- Acción de pedir. Cláusula u oración con que se pide. Escrito en que se hace una petición. 2.- Der. Escrito que se presenta ante un juez, pedimento.

Petit mal. Tipo específico de epilepsia.

Petting. Término empleado por Kinsey para referirse a las acciones de estimulación sexual que no llegan al coito: manoseos, tocamientos, abrazos, besos, etc. Se practica habitualmente por adolescentes como aprendizaje erótico-sexual.

Petulancia. Disposición de ánimo caracterizada por una valoración exagerada de sí mismo o de ciertos aspectos de sí mismo.

Peyote. Cactus de México del que se extrae la droga psicodélica llamada mezcalina.

Pía madre. Es la membrana celular que conforma la capa interna de las meninges, siendo la encargada de recubrir el cerebro.

Piaget, Jean [1896-1980]. Psicólogo suizo que describía el desarrollo cognitivo del niño basándose en sus observaciones directas.

Piblokto. Síndrome cultural que se observa en las mujeres Eskimo, en donde estas tienen accesos en los cuales gritan como un animal, corren sin dirección determinada en la nieve y se desnudan.

Pica. Alteración de la conducta alimentaria en la cual se ingiere material no nutritivo como, por ejemplo, hielo (pagofagia) o tierra (geofagia). Esta en general acompaña a la deficiencia de hierro, que puede a su vez manifestarse a través de una anemia por deficiencia de hierro. Con la corrección de la deficiencia de hierro se corrige dicho signo en aproximadamente dos semanas. El DSM-IV lo incluye dentro de los trastornos de la conducta alimentaria de la infancia o niñez, exigiendo que dicha conducta esté presente al menos un mes y la CIE-10 lo incluye dentro de la categoría Otros trastornos de la conducta alimentaria.

Picacismo. Introducción de alimentos en alguna de las cavidades del cuerpo con el fin de que la pareja los recupere con la boca.

Pícnico. En la tipología de Kretschmer, equivale a un ser morfológicamente redondeado, robusto o corpulento, de miembros cortos y rostro y cabeza redondeados, y con tendencia a la ciclotimia emocional.

Picnolepsia. Afección característica que radica en pérdidas cortas y bruscas de la conciencia (ausencias) producidas con frecuencia. La diferencia con las ausencias epilépticas finca en que

en éstas no hay memoria del episodio y, en cambio, en la picnolepsia sí hay recuerdo conservado de la misma.

Pichon-Rivière, Enrique [1907-1977]. Psiquiatra y psicoanalista argentino. Verdadero padre fundador del freudismo argentino, Enrique Pichon-Rivière sobresalió por su enseñanza oral (conferencias, cursos, seminarios) mucho más que por sus escritos. Nacido en Ginebra, provenía de una familia de origen francés que se instaló en 1911 en el Chaco y después en Goya, al norte del país. A los 19 años emprendió estudios de medicina en la Universidad de Buenos Aires. En 1938 conoció a Arnaldo Rascovsky. Pichon-Rivière fundó en 1942 la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA), de la que se distanció en 1959.

Pigmalión. En la mitología griega, escultor que realizó una escultura de mujer de tal belleza que los dioses le dieron vida. Pigmalionismo es una desviación de la conducta en que el individuo se estimula y obtiene satisfacción de la contemplación de estatuas.

Pigofilia. Excitación por el contacto con las nalgas.

Pigotripsis. Excitación por rozar o masajear las nalgas.

Piloerección. Es una reacción automática en la cual se produce la erección de los músculos piloerectores que da a la piel una apariencia singular que el lego describe como “piel de gallina”. Este puede ser un signo de relevancia en la abstinencia de opiáceos.

Pinel, Phillipe [1745-1826]. Reformador francés en el campo de la enfermedad psíquica, conocido por su trabajo en la abolición de las cadenas de los pacientes mentales, fundando una nosología constituida por cuatro entidades nosográficas mayores y una escuela de tratamiento que apostaba a la reversión de las enfermedades o por lo menos de sus crisis y que denominó a los mismos como “tratamiento moral”. Es considerado por todos los autores como el padre de la psiquiatría clínica moderna.

Piridoxina. Es la forma activa de la vitamina B 6.

Pirolangia. Placer y excitación sexual que se obtiene en la observación o en la producción de incendios.

Piromanía. Trastorno en el control de los impulsos caracterizado por la provocación intencional de incendios en un sujeto que presenta fascinación por el fuego y su contexto. La acción se lleva a cabo luego de experimentar tensión y la ejecución de la misma provoca placer. No obedece a móviles económicos, a perturbaciones psicóticas o psicopatías en las cuales la acción busca un fin de ocultamiento de un hecho criminal.

Piromanía erótica. Excitación sexual provocada por la visión de llamas o incendio.

Pirómano. Calificación ligada a aquellos con la tendencia patológica a causar incendios como síntoma de cuadros mayores psicóticos o psicopáticos. El nombre proviene del causante del incendio del Templo de Efeso en Grecia, cuyo nombre (Eróstrato) fue prohibido en dicha ciudad.

Pisa, síndrome de. Pleurotonono.

Pitiatismo. Rasgo que toma su nombre de la “pitia” griega, nombre asignado por los griegos a la sacerdotisa-vidente del Oráculo de Apolo en Delfos, y que consiste en trastornos surgidos por sugestión en un carácter impresionable y que por lo mismo pueden ser resueltos por sugestión.

Pituitaria. Denominación adicional de la glándula hipófisis.

Placebo. 1.- Investigación. Sustancia inerte preparada para que se parezca al fármaco activo que se pone a prueba en la investigación experimental. Se utiliza a veces en la práctica clínica para conseguir un efecto psicoterapéutico. La respuesta al placebo puede representar la respuesta debida al efecto psicológico del hecho de tomar una píldora y no a alguna propiedad farmacológica. Los ensayos farmacológicos que en su diseño incluyen el uso del placebo se denominan “estudios controlados” y son un requisito fundamental de cientificidad a la hora de demostrar la eficacia de una droga. 2.- Terapéutica. Sustancia farmacológica o tratamiento sin ningún efecto pero que proporciona alivio al paciente por un fenómeno de persuasión.

Placebo, efecto. Efecto que causa una medicina más por la sugestión que por su real eficacia farmacológica.

Placer. Núcleo central del planteo freudiano que como principio rige los caminos del aparato psíquico como búsqueda de la descarga pulsional con este fin. Opuesto al *displacer* y la tensión consiguiente que el aparato psíquico trata de evitar y evacuar una vez advenida. Freud pensó el psiquismo según un modelo reflejo de acción y reacción en un primer momento de su teorización, aunque luego fue complejizándose, ya que el placer no pasa exclusivamente por la resolución de la necesidad biológica de manera mecánica, sino que hay un recorrido marcado por la fantasía, la historia y las identificaciones en la búsqueda y consecución del placer. Cuando J. Lacan utiliza el vocablo, siempre se refiere al principio de placer que opone a la pulsión de muerte, siendo ésta una tendencia repetitiva como cabe a lo tanático y el placer, una reitutiva. Por otro lado, plantea una oposición con el goce, ya que éste es un exceso de excitación, demasía, que el placer intenta mantener a raya o equilibrar, ya que la homeostasis del sistema es esencial a su funcionamiento y el goce como desborde lo dañaría.

Placer (principio de). Principio rector del funcionamiento del psiquismo, que tiene según Freud la función de obtener placer y expulsar el *displacer*. Implica la coexistencia con el principio de realidad y la articulación de ambos para la obtención de la satisfacción pulsional buscada. Es decir, que se tiende al placer como principio conductor, lo que solo es posible a través del proceso que mediatiza el principio de realidad.

Placer de órgano. Forma autoerótica de la satisfacción pulsional parcial, que sigue la geografía corporal, razón por la cual la excitación proveniente de una zona erógena activada se descarga en la misma zona. El placer de órgano está muy ligado a lo corporal, a tal punto que puede oponerse relativamente al placer en sí, que si bien incluye la zona erógena y las pulsaciones parciales es mucho más abarcador y en cierto modo inasible, ya que el placer es el resto de la operación entre lo deseado y lo obtenido a través de un objeto que se desplaza permanentemente y que no se agota en el cumplimiento imaginario de lo obtenido en la descarga.

Placer previo. Juego sexual que precede al intercambio sexual.

Plan experimental. Documento escrito en el que deben constar: a) el equipo de investigadores que llevará a cabo el estudio, b) el problema investigado y sus antecedentes en forma resumida, c) la pregunta que se trata de contestar y la respuesta probable en térmi-

nos de hipótesis, d) la descripción de la población, la muestra, los estímulos y las respuestas que constituirán el experimento, e) La forma en que se ordenarán y agruparán en el tiempo y en el espacio los elementos descritos en d), en lo que se denomina diseño experimental, f) las tablas que describen el desarrollo del experimento en el tiempo y la oportunidad en que se aplicarán los estímulos y se medirán las respuestas, g) La forma y la intensidad de los estímulos aplicados, h) la forma en que se medirán las respuestas y las planillas o formularios en que éstas serán consignadas y ordenadas para tipificarlas y analizarlas, i) la forma en que se han asegurado los requisitos éticos y legales (*A.N.M.A.T.*).

Plásticos, cuadros. Dícese de las exhibiciones en vivo de cópulas o prácticas sexuales en grupo, con fines comerciales.

Platónico. Calificativo derivado del filósofo griego Platón, utilizado para describir conductas ideales o con escaso arraigo en acciones concretas. Sinónimo de idealismo.

Plazo perentorio. Tiempo o lapso fijado por el juez para el cumplimiento de una acción, que a su vencimiento habilita en forma automática el siguiente plazo procesal.

Pleurototo. Distonía tardía que consiste en el espasmo de torsión que lateraliza el tronco como consecuencia de un efecto adverso de neurolépticos. También se lo denomina Síndrome de Pisa.

Plus ultra. Loc. lat., literalmente, más allá.

Plusvalía. Acrecentamiento del valor de una cosa por causas extrínsecas a ella.

Pluralismo. Posición que radica en no ceñirse ni a un principio único o reduccionismo, ni a la oposición de dos irreductibles. Por eso, se parte de que el universo está poblado de seres independientes unos de otros y que las relaciones establecidas entre ellos son variables y arbitrarias o contextuales. Opuesto al monismo.

Población de riesgo. Conjunto de personas con una determinada característica (biológica, psíquica o social) que se estima que poseen mayor probabilidad de padecer una condición no deseada determinada por un medicamento.

Poder. Del latín: *potere*, formado según *potes*, etc. Tener expeditas la facultad o potencia de hacer una cosa. Tener facilidad, tiempo o lugar de hacer una cosa. Ser más fuerte que otro, ser capaz de vencerlo. El poder puro implica la habilidad para controlar a otros físicamente a través de la manipulación del premio o del castigo, o a través de la manipulación de la información. Implica que otros no tengan otra alternativa porque no son lo suficientemente fuertes para tomar una determinación o porque no cuentan con los recursos necesarios para hacerlo.

Poder de una prueba estadística [1-Beta]. Capacidad de una prueba estadística para detectar diferencias significativas. Corresponde a 1-beta, donde beta es la probabilidad de cometer Error Beta o de Tipo II. El mínimo valor aceptado es 0,80.

Podofilia. El estímulo fetichista son los pies.

Poesía erótica. Sub-género de la poesía dedicado a expresar situaciones o circunstancias amorosas del poeta.

Polarización. El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo, viéndose a sí mismo o a los demás como completamente buenos o malos, sin conseguir integrar en imágenes cohesionadas las cualidades positivas o negativas

de cada uno. Al no poder experimentar simultáneamente afectos ambivalentes, el individuo excluye de su conciencia emocional una visión y unas expectativas equilibradas de sí mismo y de los demás. A menudo, el individuo idealiza y devalúa alternativamente a la misma persona o a sí mismo: otorga cualidades exclusivamente amorosas, poderosas, útiles, nutritivas y bondadosas o exclusivamente malas, odiosas, coléricas, destructivas, repelentes o inútiles.

Poliandria. Sistema matrimonial según el cual la mujer está autorizada para tener más de una pareja sexual. Relación sexual entre una mujer y varios hombres.

Policonsumo. Término utilizado en adicciones para describir el consumo de más de una sustancia psicoactiva, que pueden ser de curso legal o ilegal.

Polidipsia. Consumo compulsivo de líquido para paliar la sed excesiva. Puede ser de origen psicógeno o secundario a enfermedades sistémicas como diabetes (insípida o mellitus), o secundaria al uso de drogas (litio).

Polifagia. Ingesta excesiva. Puede ser psicógena o secundaria a enfermedades sistémicas (hipertiroidismo) o al uso de fármacos (antipsicóticos, antidepresivos).

Poligenismo. Doctrina que admite variedad de orígenes en la especie humana, en contraposición al monogenismo.

Polígrafo. Aparato que evalúa reacciones en el plano de la respiración, el pulso y otros, destinando a calibrar hipotéticamente la verdad o falsedad de los dichos de un sujeto ante interrogatorios pautados. La validez de tales mediciones es relativa.

Polimastia. Más de dos mamas en hombres o mujeres.

Polimenorrea. Más de una menstruación.

Polimorfismo. Aparición de diversos tipos de animales en una colonia o comunidad que descende del mismo progenitor.

Polisemia. Posibilidad de que un mismo signo lingüístico adquiriera diferentes significados textuales y contextuales.

Polisilogismo. Argumento lógico formado por varios silogismos unidos entre sí y donde la conclusión de uno sirve de premisa de otro.

Polispermia. Cantidad excesiva de semen en la eyaculación.

Politeísmo. Doctrina de los que creen en la existencia de muchos dioses.

Poliuria. Producción excesiva de orina.

Polución. Emisión involuntaria de semen durante el sueño.

Porfirias. Grupo de enfermedades del metabolismo de los pigmentos caracterizadas por alteraciones de la biosíntesis del Hem, en la cual esta vía biosintética es parcial o casi inexistente. Se producen niveles anormalmente elevados de porfirinas o sus precursores y porfobilinógeno, que se acumulan en los tejidos o son excretados en la orina o en las heces que se acompaña de trastornos gastrointestinales, síntomas neurológicos y dérmicos.

Poriomanía. Impulso irresistible a viajar, que puede ocurrir con la falta completa de conciencia. Se lo puede ver como una crisis ictal dentro del contexto de la Epilepsia del lóbulo Temporal.

Pornofilia. Preferencia sexual por prostitutas.

Pornografía. De pornógrafo. Tratado acerca de la prostitución. Carácter obsceno de obras literarias o artísticas. Obra literaria o artística de este carácter. Escrito o gráfico que, describiendo aspectos de la práctica sexual, busca producir excitación.

Pornografomanía. Búsqueda compulsiva de material pornográfico. Literatura que se ocupa de la prostitución y de otras relaciones sexuales.

Pornolagnia. Obtención exclusiva de placer sexual con prostitutas.

Portavoz. De acuerdo con el criterio de P. Aulagnier, el discurso materno cumple una función en la estructuración de la psique del niño: es “portavoz” del infans (comenta, predice, festeja lo que él hace), y al mismo tiempo es portavoz de un orden exterior, con sus leyes y exigencias. Pichon Rivière utiliza el término portavoz para designar uno de los roles principales en un grupo.

Posconcusional, trastorno. Posconmocional, síndrome.

Posesión demoníaca. En el Medioevo, introducción del demonio en el cuerpo de los individuos que se manifestaba en trastornos de la conducta. La posesión demoníaca servía para explicar la enfermedad mental o algunas conductas de extrema liberalidad sexual.

Posesión natural. Real aprehensión o tenencia de una cosa corporal.

Posesión pretoria. La que era constituida por decisión judicial, con facultad de disfrute en pago de un crédito o alcance.

Posesión turbativa. La que uno adquiere violentando la que pacíficamente tenía otro.

Posesión vel cuasi. Loc. lat., literalmente, con que se ha solido denotar que una posesión es, no tan solo real y corporal, sino además comprensiva de los derechos y demás bienes inmateriales objeto de la cuasi posesión.

Posesión violenta. La viciada por el uso de fuerza, en oposición a la que se denomina pacífica.

Posible. Del latín: *possibilis*. Que puede ser o suceder. Que se puede ejecutar. Posibilidad, facultad, medios disponibles para hacer algo.

Posición. Postura, modo de estar de una persona o cosa. Estado jurídico que resulta de unos autos. Cada una de las preguntas que bajo juramento ha de contestar el litigante. Para Melanie Klein, estadio evolutivo por el que pasa todo sujeto en proceso de subjetivización. J. Lacan habla de posiciones del sujeto, o de posicionamientos en relación al otro, a la verdad o a su Deseo.

Posición depresiva / posición esquizo-paranoide. Para Melanie Klein designan una modalidad de relación de objeto, siendo primaria la esquizoide-paranoide y consecutiva a ésta la depresiva. En los comienzos de su teorización M. Klein denominó Persecutoria a la posición esquizo-paranoide, pero luego incorporó el elemento esquizo en función del “splitting” operante en este estadio. Las regresiones producidas durante un proceso psicótico para ella caían en esta posición arcaica y fundacional de salud o enfermedad en función del pasaje y la resolución de la misma. Con la posición depresiva se alcanza la posibilidad del objeto al que es posible entonces duelar.

Posición depresiva. Etapa superadora de la esquizoparanoide, cuando sobreviene cerca del cuarto mes de vida para consolidarse alrededor del año, aunque de alguna manera pueda volver a ella por regresión, o por duelo. En ella el objeto es total, no está dividido en bueno

y malo y se ligan las pulsiones agresivas con las libidinales en un proceso de articulación mutua y en el mismo objeto ambivalente. La angustia depresiva está gestada en el peligro fantaseado de destruir al objeto-madre por causa de la agresividad innata del sujeto y es superada cuando se introyecta el objeto de forma segura y estable, o sea, a salvo de la mencionada agresividad.

Posición paranoide. Modo de relación objetual primordial, que aparece durante los primeros meses de vida, caracterizada por la convivencia de pulsiones libidinales y agresivas u hostiles, además de que el objeto es parcial (modelo esencial el pecho materno, bueno cuando da y malo cuando priva) y los mecanismos fundamentales del psiquismo son en esta etapa la proyección y la introyección (modelo oral de incorporación y rechazo) y la angustia predominante es la persecutoria (retaliación desde el objeto malo).

Positivismo. Teoría filosófica creada por A. Comte que sostiene que los únicos hechos válidos para el estudio científico parten de la comprobación de hechos y leyes, renegando así de toda metafísica. La moral positivista parte del altruismo y del bien común para todos.

Posología. Dosificación.

Post coitum triste. Tristeza luego del intercambio sexual.

Post meridiem. Loc. lat., literalmente, después del mediodía, por la tarde.

Post mortem, nulla voluptas. Loc. lat., literalmente, después de la muerte, se acabaron los placeres.

Post mortem. Loc. lat., literalmente, después de la muerte.

Post scriptum. Loc. lat., literalmente, después de lo escrito.

Postconmocional, síndrome. Denominación que utiliza la CIE-10 para describir el conjunto de signos y síntomas que se presentan luego de un traumatismo de cráneo de suficiente severidad como para producir pérdida de conocimiento. Los elementos clínicos más frecuentes son: cefaleas, mareos, cansancio, irritabilidad, dificultades en la concentración y de la capacidad de llevar a cabo tareas intelectuales, trastornos de la memoria, insomnio y tolerancia reducida a situaciones estresantes, a excitaciones emocionales y al alcohol. El cuadro se completa con la aparición de un síndrome depresivo ansioso que disminuye la autoestima, intensifica los temores de padecer un nuevo traumatismo y perpetúa el círculo vicioso disfuncional. Los estudios complementarios, si bien son necesarios, en general son negativos. Este cuadro ha recibido numerosas denominaciones: síndrome cerebral post-traumático no psicótico; encefalopatía postconmocional; enfermedad de Pierre Marie; trastorno cerebral orgánico grado I (baremos nacionales de accidentes de trabajo y previsionales) y trastorno cognoscitivo no especificado en el DSM-IV. En este último, la especificidad del diagnóstico se encuentra sometida a investigación y por el momento sólo está formulado como propuesta diagnóstica en el Apéndice B.

Postrauumático, trastorno por estrés. Enfermedad caracterizada, según el DSM-IV (APA, 1994), por la manifestación de un conjunto de signos y síntomas posteriores a la experimentación de un suceso traumático horroroso que puso en peligro la vida del sujeto o la de terceros. Es importante destacar que se acepta que este trastorno puede ocurrir en aquellos que hayan sido tan sólo testigos de tal hecho traumático o a quienes se lo hayan contado o visto por ejemplo en la noticias. Los signos principales se pueden di-

vidir en tres categorías: a) reexperimentación: es el revivir lo desagradable y displaciente del trauma a través de una serie de síntomas (recuerdos intrusos, pesadillas, flashbacks, malestar psicológico y fisiológico al recordar el suceso), b) evitación: esfuerzos para evitar el recuerdo a través de actividades, lugares, personas, sentimientos o pensamientos; restricción de la vida afectiva; sensación de un futuro desolador; disminución del interés o participación en actividades significativas; sensación de desapego frente a los demás e incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma, c) hiperactivación: insomnio de conciliación; ataques de ira; respuestas de sobresalto; dificultad para concentrarse e hipervigilancia. Para que este diagnóstico pueda hacerse la sintomatología debe estar presente al menos 1. Si dura entre 1 y 3 meses se lo considera agudo mientras que si se prolonga más allá de dicho plazo será crónico. Existe una forma de trastorno por estrés postraumático de inicio demorado que se da cuando el síndrome aparece luego de 6 meses de haberse sufrido el trauma. La CIE-10 no acepta esta última variedad y propone en estos casos específicos que el diagnóstico es “probable”. El trastorno incluye la Neurosis traumática.

Póstumo, ma. Del latín: *postumus*. Que sale a la luz después de la muerte del padre o autor. Dícese de los elogios, honores, etc., que se tributan a un difunto.

Potencia. Capacidad por parte de un varón de realizar el acto sexual.

Potencia farmacológica. Es la relación entre respuesta farmacológica e intensidad del estímulo ($\text{Respuesta farmacológica} / \text{Intensidad del estímulo} = \text{Respuesta farmacológica} / \text{Dosis o Concentración}$).

Potencia sexual. Condición de los individuos para realizar coitos satisfactorios o fecundantes. Se relaciona con la capacidad de erección y con la frecuencia general de la actividad sexual. Por error se la vincula a la posibilidad de repetir el coito.

Potestad tuitiva. Der. La del poder real, aplicada al amparo de los súbditos a quienes hacían agravio los jueces eclesiásticos.

Potestad. Del latín: *potestas*, *-atis*. Dominio, poder, jurisdicción o facultad que se tiene sobre una cosa. En algunas poblaciones de Italia, corregidor, juez o gobernador.

Potomanía. Ingesta compulsiva de líquidos intoxicantes.

Práctica. Del latín: *practica*. Ejercicio de cualquier arte o facultad conforme a sus reglas. Destreza adquirida con este ejercicio. Uso continuado, costumbre o estilo de una cosa. Modo o método que particularmente observa uno en sus operaciones. Ejercicio que bajo la dirección de un maestro y por cierto tiempo tienen que hacer algunos para habilitarse y poder ejercer públicamente su profesión. Aplicación de una idea o doctrina; contraste experimental de una teoría.

Práctica distribuida. Es una situación de aprendizaje que se caracteriza por la inclusión de períodos de descanso o “recreos” entre los ensayos. Contrasta este concepto con el de práctica agrupada, situación de aprendizaje en la cual, por el contrario, un ensayo sigue al otro sin período de descanso alguno.

Práctica negativa. Método utilizado para extinguir hábitos y por el cual se repiten en forma consciente y deliberada las tendencias erróneas asociadas a dichos hábitos.

Praecox, dementia. Nombre que Kraepelin asignó a la actual esquizofrenia para describir dicha enfermedad, sobre la base de la capacidad de deteriorar el funcionamiento afectivo y volitivo que la misma provoca sobre el psiquismo.

Pragmatismo. Sistema filosófico creado por William James, aunque con muchos antecedentes previos, que sostiene que todas las verdades fundamentales son creencias pragmáticas, o sea orientadas a la acción o derivadas de ella. De alguna forma, todo tiende a una finalidad o fin y esto es una acción concreta aunque parezca ser abstracta valga la paradoja. Por eso para el pragmatismo las ciencias son verdaderas porque permiten prever, donde no es importante la verdad que garantice o avale tal previsión, sino que formando los términos; es la previsión posible la que garantiza la verdad.

Pratt, Joseph H. [1842-1918]. Médico de Boston, que se considera generalmente como el pionero de la psicoterapia de grupo en América. Se lo conoce por su trabajo con pacientes tuberculosos (1900/1906). Formó grupos de discusión para tratar de los aspectos físicos de la tuberculosis. Ulteriormente, estos grupos empezaron a tratar los problemas emocionales que eran producto de la enfermedad.

Praxia. Sistema de movimientos coordinados en función de un resultado o de una intención.

Precepto. Del latín: *praeceptum*. Mandato u orden que el superior hace observar y guardar al inferior o súbdito. Cada una de las instrucciones o reglas que se dan o establecen para el conocimiento o manejo de un arte o facultad. Por antonom., cada uno de los del Decálogo o mandamientos de la ley de Dios.

Precisión. Es la concordancia entre los resultados obtenidos en una determinación analítica, utilizando repetidamente un procedimiento experimental, bajo condiciones establecidas. Estas últimas se definen específicamente en el caso de repetitibilidad y reproducibilidad.

Precocidad. Manifestación temprana de un rasgo en determinada área. Por ejemplo, existen niños precoces para hablar y para caminar, pues lo hacen antes de la edad. También están quienes exhiben una memoria excepcional en los primeros años de vida. No existe relación entre precocidad e inteligencia.

Precocidad sexual. Adelanto del desarrollo sexual que lleva a necesidad de coito.

Preconsciente. Este es un término previo a la irrupción de la teoría freudiana y con él se describirían procesos funcionando como en el plano de la conciencia aunque esta estuviera ausente como percepción o constatación de los mismos. Para S. Freud, implica aquello cercano al campo de la conciencia y que es susceptible de devenir consciente si se cumplen determinados requisitos como la intensidad o el nivel de atención que se les dedique. Es la llave que permite el pasaje al plano motor de la actuación impulsiva.

Precoz, eyaculación. Es la eyaculación persistente o recurrente ante la estimulación sexual mínima antes, durante o inmediatamente después de la penetración antes del tiempo deseado por la persona.

Predicación. Proceso mediante el cual se asigna a un objeto una propiedad o cualidad determinada.

Predisposición nerviosa. Tendencia general o parcial, heredada o adquirida por hábito, a reaccionar de un modo particular que tiene el sistema nervioso o algún centro del mismo.

Predisposición. Disposición previa a determinado número de eventos o conductas de tipo congénito o adquirido, en la cual habría vías facilitadas para respuestas orgánicas o psíquicas ante determinados estímulos o noxas patógenas. Actitud previa que prepara la conducta del individuo o la aceptación de elementos a ser incorporados al sistema del tipo que fuere (biológico, intelectual, ideológico, etc.).

Preedípico. Estadios previos a la etapa edípica (oral, anal, fálico), en línea con el desarrollo libidinal en las diferentes etapas o estadios. Se refiere usualmente a la relación madre-hijo previa a la instauración de la prohibición edípica por parte del padre.

Pregenital. Adjetivo que describe el funcionamiento pulsional libidinal previo al predominio genital unificador. Califica pulsiones, mecanismos, defensas y organizaciones previos a la citada primacía genital.

Prejuicio. Acción y efecto de prejuizar. Actitud, creencia u opinión que no se basa en una información o experiencia suficiente como para alcanzar una conclusión rotunda. Literalmente se define como un “juicio previo”. Juicio adverso u opinión formada sin conocimiento de los hechos. Incluye a menudo elementos de sospecha o aversión irracional, como en el prejuicio racial. Categoría de pensamientos y/o creencias que no han sido adecuadamente procesadas a partir de conocimientos científicamente comprobables. Los prejuicios se estructuran a partir de situaciones subjetivas basadas en expectativas, deseos y/o temores individuales que no siempre han sido procesados correctamente desde un punto de vista conciente. Esto hace que muchas veces adquiera un carácter irracional con bastantes puntos de contacto con los delirios, entre los que sobresale lo que Freud llamaba ‘el núcleo de verdad histórico’ de los mismos. Una vez que este prejuicio ha sido construido adquiere fuerza propia y actúa sobre los individuos determinando su forma de pensar y las conductas que a partir de allí se implementan.

Prejuizar. Del latín: *præiudicare*. Juzgar de las cosas antes del tiempo oportuno, o sin tener de ellas cabal conocimiento.

Prelación. Del latín: *prælatio*, -onis. Antelación o preferencia con que una cosa debe ser atendida respecto de otra con la cual se compara.

Prematuración. La noción biológica de prematuración, procedente de las concepciones desarrolladas por Bolk en la teoría de la evolución, con la idea de inscribir la especie humana en la descendencia de una mutación animal que se sustrajo a las normas cronológicas de la gestación, ha encontrado aplicación en psicoanálisis, para recubrir la experiencia de desamparo que ubica al ser humano, insuficientemente equipado en capacidad instintiva en el momento del nacimiento, en una dependencia absoluta respecto de su medio. Freud ya hizo alusión a la prematuración en su correspondencia con Fliess. A Lacan la noción le interesó sobre todo porque confiere al concepto de necesidad un alcance existencial que amplía el tema trivial de la homeostasis.

Premeditar. Del latín: *præmeditari*. 1.- Pensar reflexivamente una cosa antes de ejecutarla. 2.- Der. Proponerse de caso pensado perpetrar un delito, tomando al efecto previas disposiciones.

Premenstrual, síndrome. Conjunto de síntomas fisiológicos y psíquicos que aparecen unos días antes de la menstruación.

Premenstrual, trastorno por disforia. Es un desorden caracterizado por la presencia en el último año de al menos cinco de los siguientes síntomas: ánimo depresivo; ansiedad o tensión; labilidad afectiva; rabia o irritabilidad; disminución de interés en las actividades cotidianas; sensación subjetiva de disminución de la concentración; fatigabilidad; disminución del apetito; aumento del apetito; hipersomnio o insomnio; sensación de falta de control; aumento del peso; cefaleas y otros síntomas inespecíficos. Estos deben ocurrir durante la última semana de la fase lutea y la primera de la fase folicular, y desaparecer luego de iniciado el período menstrual. El DSM-IV lo propone como trastorno para investigar.

Preobjeto. Durante la etapa preobjetual se reconocen los atributos secundarios, externos y no esenciales, se reconoce un semblante cualquiera con ciertas características, y no el rostro individual específico de tal o cual persona, por ejemplo, la madre.

Prepuberal, etapa. Fase anterior a la pubertad. Los psicoanalistas la llaman también fase de latencia tardía. Aquí se afirman los intereses del individuo por el otro sexo.

Prepucio. Piel del pene replegada a la altura del surco balano-prepucial.

Prepsicosis. Estado subclínico que precede a la eclosión de la psicosis. También se la denomina formas de comienzo para aludir al estadio previo y transitorio que, sin embargo, puede durar meses y años (en general en la pubertad y adolescencia).

Presbiofrenia. Enfermedad mental casi exclusiva de la mujer que se manifiesta en la vejez y se caracteriza por fabulación excesiva. Es una forma clínica de la antigua clasificación de demencias.

Prescribir. Del latín: *praescribere*. 1.- Preceptuar, ordenar, determinar una cosa. Recetar, ordenar remedios. Extinguirse un derecho, una acción o una responsabilidad. 2.- Der. Adquirir un derecho real o extinguirse un derecho o acción de cualquier clase por el transcurso del tiempo en las condiciones previstas por la ley. Concluir o extinguirse una carga, obligación o deuda por el transcurso de cierto tiempo.

Prescripción. Del latín: *praescriptio*, -onis. Acción y efecto de prescribir. Introducción, proemio o epígrafe con que se empieza una obra o escrito.

Presenil. Término que clásicamente se utilizó para adjetivar las demencias que comenzaban antes de los 65 años.

Presión grupal. Exigencia que hacen los miembros del grupo de que los miembros individuales se sometan y adapten a los estándares, valores y conducta grupales.

Presunción. Del latín: *praesumptio*, -onis. Acción y efecto de presumir. Der. Cosa que por ministerio de la ley se tiene como verdad.

Presunción de ley. Der. La que por ordenamiento legal se reputa verdadera, en tanto que no exista prueba en contrario.

Presunción preterintencional. Der. Que causa un mal superior al deseado o planeado.

Prevaricato. Del latín: *praevericatus*. Der. Incumplimiento malicioso o por ignorancia culpable de las funciones públicas que se desempeñan. Injusticia dolosa o culposa cometida por un juez o magistrado.

Prevención. Del latín: *praeventio*, -onis. 1.- Acción y efecto de prevenir. 2.- Preparación y disposición que se hace anticipadamente para evitar un riesgo o ejecutar una cosa. 3.- Pro-

visión de mantenimiento o de otra cosa que sirve para un fin. 4.- Concepto, por lo común desfavorable, que se tiene de una persona o cosa.

Prevención primaria. G. Kaplan la define como un concepto comunitario; que implica la disminución de la proporción de casos nuevos de trastornos mentales en una población durante un periodo dado, contrarrestando las circunstancias perniciosas antes de que tengan ocasiones de producir la enfermedad.

Priapismo. Erecciones prolongadas, flácidas y dolorosas que se producen por acumulación de sangre en los cuerpos cavernosos del pene. No se produce por una vasodilatación activa (mecanismo fisiológico de la erección normal) sino que la sangre que ingresó como consecuencia de aquella queda acumulada con la consiguiente pérdida de la saturación de oxígeno. Esto conlleva a una lesión que puede resultar irreversible del miembro masculino. Es una urgencia urológica. Puede ser un raro efecto adverso de algunos psicofármacos (ejemplo: trazodona).

Prima facie. Loc. lat., literalmente, a primera vista.

Primer orden, signos. Signos presentes en la esquizofrenia descritos por Schneider, cuya presencia ameritaba el diagnóstico de dicha enfermedad. Los más destacados son: inserción del pensamiento; difusión del pensamiento; sonorización del pensamiento; alucinaciones auditivas; alucinaciones dialogadas; alucinaciones de comentario de los propios actos; alucinaciones que afectan otros órganos de los sentidos y toda experiencia de influencia corporal o sobre la voluntad.

Primípara. Mujer que pare por primera vez.

Primus inter pares. Loc. lat., literalmente, el primero entre iguales.

Prince, Morton [1854-1929]. Psiquiatra americano conocido por su estudio de las personalidades múltiples.

Princeps. Loc. lat., literalmente, primera edición de una obra.

Principio de autoridad. Idea de que cada miembro de una jerarquía organizativa trata de cumplir los deseos presumidos o fantaseados de los que se encuentran por encima de él, mientras que los que se encuentran por debajo de él tratan de cumplir sus deseos.

Principio de constancia. Principio de funcionamiento del aparato psíquico propuesto por S. Freud para describir la tendencia de la excitación a mantenerse en un nivel constante y bajo, con el fin de evitar ser desbordado por la tensión. Para ello se recurre a mecanismos de descarga o de defensa ante la irrupción de otras tensiones. Cabría recordar que en esta etapa de la teorización freudiana había una clara presencia de modelos tomados de la física.

Principio de contradicción. Postulado de la lógica tradicional (aristotélica) que plantea que dos proposiciones, una afirmativa y otra negativa, no pueden ser ambas verdaderas, ya que una debe ser falsa. Con el avance de las lógicas polivalentes (más de dos valores de verdad), se pueden sostener la paradoja de que dos proposiciones contrarias (o más de dos) pueden ser ambas verdaderas, con lo cual no regiría para estas lógicas el Principio de no contradicción. En cierto modo, Freud se anticipó a esto, ya que en el inconsciente freudiano no existe la contradicción lógica.

Principio de economía. Es un precepto usual en el trabajo científico, según el cual debe elegirse siempre la forma más simple para describir un fenómeno cualesquiera, “economizando” conceptos en vista a su fácil y rápido entendimiento, cuando esto es posible.

Principio de inercia [neurónica]. Mecanismo descrito por S. Freud en los albores de su teoría para explicar la tendencia de las neuronas a descargar inmediatamente las cargas que les son transferidas.

Principio de Nirvana. Con este término Freud describió la tendencia del aparato psíquico a buscar la reducción máxima de la tensión del sistema, ya que es imposible reducirla a cero, lograr al menos mantenerla en los niveles mínimos. Es un término tomado de la filosofía budista que el gran filósofo Schopenhauer introdujera en el pensamiento alemán en el que Freud abrevó, aunque en el budismo tiene otras connotaciones e implica la abolición del deseo o su extinción, cosa planteada en el *Sutta paranivana Suttanta*, o *Libro de la Gran Extinción* de Gautama, el Buda.

Principio de placer. Uno de los dos principios rectores de la actividad del psiquismo, ya que una esencial función de éste es evitar lo displacentero y procurar el placer. J. Lacan opuso el placer como principio al goce, ya que éste implicaría ese exceso tan temido que pondría en aprietos a todo equilibrio buscado. Esto de alguna manera fortalece otra aserción lacaniana, que atribuye al placer una función homeostática, tal cual es la de mantener a raya al goce.

Principio de Premack. Si suponemos que dos de las acciones que componen el repertorio de conductas de un organismo presentan distinto grado de probabilidad en cuanto a su acacimientto: una de ellas tiene muchas probabilidades de ocurrir, y la otra, pocas probabilidades. El principio de Premack establece que la acción con alta probabilidad de ocurrencia puede emplearse para reforzar la de baja probabilidad.

Principio de realidad. Este es el principio que para Freud, como el nombre lo indica, hace los vínculos con la realidad, el modo de obtener satisfacciones validadas y autorizadas sin poner en jaque al sistema psíquico. Establece las ligaduras de la energía libre para poder articularse en conductas y expresiones acordes con lo permitido sin lesionar el equilibrio. De cierto modo el principio de realidad no sería opuesto al principio de placer, sino su aliado ya que ambos buscan la satisfacción pulsional, lo que difiere es el modo y la urgencia de lograrlo. En ese sentido, este principio entraña la instalación de meditaciones y rodeos para acceder al objeto y la descarga subsiguiente, por eso estaría del lado del eje preconsciente-consciente. J. Lacan introduce un cuestionamiento a esta supuesta “realidad”, ya que según él está mediada por el “fantasma”, o dirigida por él en cuanto a acceso posible a ella. Por eso planteó alguna vez que “hacemos la realidad a partir del placer”, aunque es una afirmación controvertida.

Pringar. Dícese por contagiar una enfermedad venérea.

Prisión. Del latín: *prehensio, -onis*. Cárcel o sitio donde se encierra y asegura a los presos. Der. Pena de privación de libertad, inferior a la reclusión y superior a la de arresto.

Prisión preventiva. La que sufre el procesado durante la sustanciación del juicio.

Privación. Dícese del atributo o cualidad que consiste en la ausencia de un atributo po-

sitivo. Para Aristóteles es una causa negativa que actúa justamente por esa ausencia operante.

Privación afectiva. Carencia de una relación satisfactoria y duradera con una o más personas. Es muy negativa para el desarrollo normal emotivo e intelectual del niño.

Privilegio. Del latín: *privilegium*. Exención de una obligación o ventaja exclusiva o especial que goza alguien por concesión de un superior o por determinada circunstancia propia. Documento en que consta la concesión de un privilegio.

Privilegio convencional. El que se da o concede mediante un pacto o convenio con el privilegiado.

Privilegio de introducción. Derecho de goce exclusivo durante plazo fijo de un procedimiento industrial o de una fabricación que se implanta de nuevo en un país.

Privilegio de invención. Derecho de aprovechar exclusivamente, por tiempo determinado, una producción o un procedimiento industrial, hasta entonces no conocidos o no usados.

Privilegio del fuero. El que tenían los eclesiásticos para ser juzgados por sus tribunales.

Privilegio favorable. El que favorece al privilegiado y no perjudica a nadie, como el de comer carne o lacticinios en cuaresma.

Privilegio gracioso. El que se da o concede sin atención a los méritos del privilegiado, sino solo por gracia, beneficencia o parcialidad del superior.

Privilegio local. El que se concede a un lugar determinado, fuera de cuyos límites no se extiende.

Privilegio odioso. El que perjudica a tercero.

Privilegio personal. El que se concede a una persona y no pasa a los sucesores.

Privilegio real. El que está unido a la posesión de una cosa o al ejercicio de un cargo.

Privilegio remuneratorio. El que se concede en premio de una acción meritoria.

Pro domo sua. Loc. lat., literalmente, en su provecho; con egoísmo.

Pro indiviso. Loc. lat., literalmente, sin dividir.

Pro rege, saepe; pro patria, semper. Loc. lat., literalmente, por el rey, a menudo; por la Patria siempre.

Probabilidad. Relación existente entre el número de casos “favorables” y casos “posibles”.

Probable. Del latín: *probabilis*. Verosímil, o que se funda en razón prudente. Que se puede probar. Dícese de aquello que hay buenas razones para creer que se verificará o sucederá.

Probar. Del latín: *probare*. Hacer examen y experimento de las cualidades de personas o cosas. Examinar si una cosa está arreglada a la medida, muestra o proporción de otra a que se debe ajustar. Justificar, manifestar y hacer patente la certeza de un hecho o la verdad de una cosa con razones, instrumentos o testigos. Aprobar, dar por bueno. Ser a propósito o convenir una cosa, o producir el efecto que se necesita. Regularmente se usa con los adverbios bien o mal.

Procacidad. Condición de decir o hacer cosas estimadas ofensivas al sentimiento del pudor.

Procedimiento. 1.- Acción de proceder. 2.- Método de ejecutar algunas cosas. 3.- Der. Actuación por trámites judiciales o administrativos (*Dicc. Real Acad. Española*).

Proceso judicial. Conjunto de actuaciones que conforman la legalidad de un juicio.

Proceso. Del latín: *processus*. 1.- Acción de ir hacia adelante. 2.- Transcurso del tiempo. 3.- Conjunto de las fases sucesivas de un fenómeno natural o de una operación artificial. 4.- Der. Agregado de los autos y demás escritos en cualquier causa civil o criminal (*Dicc. Real Acad. Española*).

Proceso primario. Para el psicoanálisis es el modo de funcionamiento del inconsciente y el Ello, que se define por una organización errática y cambiante al que le cabe la adjetivación de “magma” pulsional. Lo esencial en él es lograr la descarga inmediata y la satisfacción pulsional.

Proceso psíquico. Se denomina así a todo proceso psíquico y a los fenómenos que implica. Se lo equipara a la conciencia y sus dinámicas.

Proceso secundario. Proceso cuya sede radica para algunos en las funciones yoicas y conscientes, aunque no habría que olvidar que el Yo no es todo conciencia sino que también surge del inconsciente. El pensamiento y su lógica implícita define la regulación de las energías circulantes en el sistema pulsional y sus urgencias. Media las vías de salidas autorizadas del campo pulsional por caminos de complejización y elaboración.

Procrear. Engendrar un nuevo ser a partir de la fecundación.

Proctitis. Inflamación ano-rectal.

Procuración. Atención de los negocios ajenos. Representación más o menos general que se concede para tal fin. Funciones de un procurador.

Procurador, ra. Del latín: *procurator*, *-oris*. Que procura. Persona que en virtud de poder o facultad de otro ejecuta en su nombre una cosa. Persona que, con la necesaria habilitación legal, ejerce ante los tribunales la representación de cada interesado en un juicio.

Procurador general de la Nación. En la Argentina se denomina así el magistrado que ejerce la Jefatura del Ministerio Público y Fiscal y que dictamina en los asuntos que se tramitan ante la Suprema Corte de Justicia.

Prodigalidad. Del latín: *prodigalitas*, *-atis*. Profusión, desperdicio, consumo de la propia hacienda, gastando excesivamente. Copia, abundancia o multitud. Para la legislación Argentina la prodigalidad es causa de inhabilitación, en el artículo 152 bis del Código Civil establece la posibilidad de la inhabilitación judicial a quienes “por la prodigalidad en los actos de administración y disposición de sus bienes, expusiere a su familia a la pérdida del patrimonio, pudiendo pedir la inhabilitación el cónyuge, los ascendientes y los descendientes”.

Prodigalidad, ideas de. Ideas delirantes que asientan sobre un terreno de expansividad y megalomanía en las cuales el paciente se siente en comunidad con la sociedad y sus integrantes deseando desprenderse de sus pertenencias y abundar en regalos, desprendimientos y donaciones, vividas como la obra de un benefactor o de una obligación de carácter megalómano. Para algunos autores son patognomónicas de la manía (trastorno bipolar).

Pródigo, ga. Del latín: *prodigus*. Dícese de la persona que desperdicia y consume su hacienda en gastos inútiles, sin medida ni razón. Que desprecia generosamente la vida u otra cosa estimable. Muy dadivoso.

Prodromo. Estado sintomático subclínico que precede al período de estado.

Producción de prueba. Presentación, exhibición, acompañamiento al expediente de las pruebas que apoyan una demanda o u defensa y que fueran oportunamente admitidas por el juez.

Productividad. Sustantivo utilizado en la práctica clínica cotidiana para describir el estado sintomático de la psicosis y la gravedad de sus delirios y alucinaciones.

Producto de comparación. Medicamento o especialidad medicinal, (incluyendo forma/s farmacéutica/s empleadas como placebo), utilizadas como referencia en un estudio clínico (A.N.M.A.T.).

Producto en investigación. Medicamento o especialidad medicinal o placebo ensayado o utilizado como referencia en un estudio clínico (A.N.M.A.T.).

Producto farmacéutico. Toda sustancia o combinación de sustancias que posee propósitos terapéuticos, profilácticos o diagnósticos, o se emplea para modificar funciones fisiológicas, que se presenta en forma de dosificación adecuada para su administración al ser humano. (A.N.M.A.T.).

Producto farmacéutico similar. Es aquel que contiene el (los) mismo (s) principio (s) activo (s), en idéntica concentración, la misma forma farmacéutica o su alternativa, la misma vía de administración, la misma indicación terapéutica, la misma posología, y que es equivalente al producto considerado de referencia, pudiendo diferir en características tales como: tamaño y forma, excipientes, período de vida útil, envase primario (A.N.M.A.T.).

Profanar. Tratar algo con abuso, irreverencia, desprecio. Usar algo de modo no aprobado, especialmente objetos relacionados con el culto de una divinidad.

Profecía autocumplida. J. Vander Zanden la conceptualiza como aquella que genera su propio cumplimiento. Falsa definición de una situación, que provoca en los individuos conductas que tienden a que esa situación se materialice.

Profilaxia. Medidas sistematizadas preventivas contra algunas enfermedades.

Profilaxis antivenérea. Dícese por lucha antivenérea.

Prófugo, ga. Del latín: *profugus*. Dícese de la persona que anda huyendo, principalmente de la justicia o de otra autoridad legítima.

Progesterona. Hormona femenina secretada por el cuerpo amarillo de influencia en el proceso de la gestación.

Programa. Conjunto de instrucciones, fijando tiempo y espacio para la consecución de los objetivos establecidos.

Programación neurolingüística. La Programación Neurolingüística (PNL) es una ciencia nueva que comenzó cuando Gregory Bateson se propuso estudiar la comunicación entre las personas basándose en las relaciones que establecen. Richard Bandler y John Guinder, investigadores de su equipo, se propusieron hacerlo con base en sus aspectos internos, lo que no se había hecho hasta entonces. La PNL es un trabajo terapéutico que estudia cómo los individuos se comunican consigo mismos, de tal manera que originan estados de óptima disponibilidad de sus recursos y, por lo tanto, crean el mayor número posible de opciones de comportamiento: es un marco de referencia sistemático para dirigir el propio cerebro y lograr resultados deseables.

Prohibicionismo. Posición que postula por la prohibición de la prostitución y su sanción como delito. Se refleja en escasos códigos penales vigentes.

Prohibir. Del latín: *prohibere*. Vedar o impedir el uso o ejecución de una cosa.

Prolactina. Hormona hipofisaria cuya función primordial es regular procesos involucrados con el amamantamiento. Su secreción se encuentra tónicamente inhibida por la dopamina hipotalámica, razón por la cual los antagonistas dopaminérgicos (antipsicóticos típicos fundamentalmente) aumentan los niveles de la misma.

Prole. Conjunto de hijos de un individuo o pareja.

Prometeo, complejo de. Complejo de adolescente según el cual los hijos se sienten mejores y superiores a sus progenitores. Deriva de Prometeo, personaje mitológico que le robó el fuego a los dioses.

Prometazina, fármaco. Antipsicótico Típico (neuroléptico) con acción sedativa y antihistamínica. Indicaciones: tratamiento sintomático de manifestaciones alérgicas diversas (rinitis [estacional o perenne, conjuntivitis y urticaria]), insomnios ocasionales y transitorios. Inyectable: tratamiento sintomático de la urticaria aguda.

Promiscuidad. Coitos habituales e indiscriminados que practica un individuo. También por situación de hacinamiento que origina coitos indiscriminados. Dícese por orgía.

Promiscuo, cua. Del latín: *promiscuus*. 1.- Mezclado confusa o indiferentemente. 2.- Que tiene dos sentidos o se puede usar igualmente de un modo o de otro, por ser ambos equivalentes. 3.- Se dice de la persona que mantiene relaciones sexuales con otras varias, así como de su comportamiento y modo de vida (*Dicc. Real Acad. Española*).

Pronóstico. Opinión o juicio relacionado con la duración, curso o terminación de una enfermedad o estado patológico.

Propedéutica. Estudio preliminar que sirve como introducción a alguna rama superior del saber.

Propensión. Se solían dividir antiguamente las “inclinaciones” o tendencias personales en: “apetitos”, cuyo objeto sería el bien del cuerpo; y las “propensiones”, que no lo tienen por objeto inmediato. Así, el hambre sería un apetito y la ambición una propensión. Impulso o dirección hacia una acción o evitación derivada de la herencia o el hábito adquirido.

Propensión a los accidentes. Tendencia a tener accidentes como consecuencia de causas psicológicas.

Propiedad sexual. Derecho que, según algunos individuos, se adquiere sobre la pareja por el coito. Su concepción lleva a la generación de los celos.

Proposición. Es el enunciado de un juicio planteado de manera lingüística o así expresada. En lógica proposicional es algo dado a demostración o validación lógica.

Propósito. Del latín: *propositum*. Ánimo o intención de hacer o de no hacer una cosa. Objeto, mira, cosa que se pretende conseguir.

Prosilogismo. Se llama así a aquel silogismo que sirve para probar una de las premisas de otro silogismo

Prosoagnosia. De *proso* (rostro) y *agnosia* (no reconocer), es un trastorno debido a una lesión cerebral donde el sujeto no puede reconocer rostros de personas que supone de-

bería reconocer, como los de sus familiares, amigos o figuras conocidas. Si se le muestra una foto del presidente de su país, sabe que es un rostro pero no puede decir a quién pertenece; y si se le pregunta que lo infiera a partir del contexto (por ejemplo, observando que el presidente da un discurso a toda la nación), puede contestar que es alguien importante o que es el rostro de algún dirigente gremial, pero no podrá hacer el reconocimiento exacto.

Prosopografía. Término utilizado por A. Ameghino para la descripción exterior de la persona. Esta comprende el aspecto, la actitud y el porte que presenta ante el clínico evaluador.

Prostitución. Del latín: *prostitutio*, -onis. Acción y efecto de prostituir o prostituirse. Actividad a la que se dedica la persona que mantiene relaciones sexuales con otras a cambio de dinero (*Dicc. Real Acad. Española*).

Prostituir. Del latín: *prostituere*. 1.- Hacer que alguien se dedique a mantener relaciones sexuales con otras personas a cambio de dinero. 2.- Dishonrar, vender uno su empleo, autoidad, etcétera, abusando bajamente de ella por interés o por adulación (*Dicc. Real Acad. Española*).

Proteína. Una gran molécula compleja constituida de una o más cadenas de aminoácidos.

Protensivo. Dícese de aquello que tiene una dimensión temporal, en contraposición con lo extensivo que indicaría una dimensión espacial.

Protesta masculina. Doctrina adleriana que describe una tendencia humana universal a desplazarse desde un papel pasivo y femenino a un papel masculino y activo. Esta doctrina es una extensión de sus ideas acerca de la inferioridad orgánica. Se convirtió en la fuerza motivacional primaria de la conducta normal y neurótica en el sistema adleriano.

Protestantismo. Corrientes religiosas que se escindieron de la Iglesia Católica. Sus iniciadores fueron Lutero y Calvino, base del movimiento de Reforma iniciado en el siglo XVI. Muestra una actitud agresiva y dinámica del cambio, atribuyéndosele influencia en el desarrollo del capitalismo y a la ulterior propaganda conformista a las reglas del sistema.

Protocolo. Documento que establece los antecedentes, racionalidad y objetivos del ensayo y describe su diseño, metodología y organización, incluyendo consideraciones estadísticas y las condiciones bajo las cuales se ejecutará el estudio clínico. El protocolo debe estar fechado y firmado por el investigador/institución involucrados y por el patrocinante (cuando corresponda). Puede en algunas circunstancias utilizarse como contrato (*A.N.M.A.T.*).

Protoestesia. Supuesta forma primitiva de experiencia sensorial.

Prototáxico. Término introducido por Sullivan para aludir a los procesos de pensamientos ilógicos primitivos.

Proveído. Es el escrito a través del cual el tribunal se manifiesta y responde a las peticiones y manifestaciones que se le formulan. También se lo llama despacho, providencia y, en algunos casos, resolución o auto.

Proxeneta. Del latín: *proxeneta*. Persona que, con móviles de lucro, interviene para favorecer relaciones sexuales ilícitas.

Proyección. Entendido como mecanismo de defensa, “situación en la cual se tiende a atribuir a otro u otros (personas o cosas) cualidades, deseos, sentimientos o emociones que el individuo rechaza como propios de sí. Podríamos considerarlo como una forma particular de desplazamiento, y tiene que ver con estilos de funcionamiento paranoides. Proceso por el cual el sujeto expulsa de sí mismo a un otro, persona o cosa, sentimientos, cualidades, deseos u objetos que desconoce o rechaza en él. La proyección es necesaria para la diferenciación yo-no-yo, pues se expulsa hacia afuera todo lo displacentero, sintiéndose lo placentero como perteneciente al yo. Es posible encontrarlo especialmente en el pensamiento infantil y en el pensamiento primitivo. Como defensa, la proyección aparece en los sistemas delirantes paranoides de las psicosis y en la formación de fobias infantiles preedípicas. El término fue introducido en la psicología por Sigmund Freud para designar dos clases de fenómenos. El primero consiste en la atribución de deseos o impulsos indeseables a otro, cuando en realidad pertenecen a uno mismo. Se trata de un mecanismo de defensa del Yo por el cual un sujeto atribuye a otra persona, personas u objetos, deseos, actitudes o sentimientos de los que se avergüenza, como defensa para no reconocerlos como propios o para disminuir su sentimiento de culpabilidad.

Proyecto genoma humano. Proyecto de investigación internacional que busca descubrir el mapa genético total del ser humano.

Proyecto identificadorio. Término acuñado por Piera Aulagnier, con el cual designa la autoconstrucción continua del Yo por el Yo, necesaria para que esta instancia pueda proyectarse en un movimiento temporal, proyección de la que depende la propia existencia del Yo. Entre el Yo y su proyecto debe persistir un intervalo: lo que el Yo piensa ser debe presentar alguna carencia, siempre presente, en relación con lo que anhela llegar a ser. Siempre debe haber diferencia entre el Yo futuro y el Yo actual. El acceso al proyecto identificadorio demuestra que el sujeto ha podido superar la prueba fundamental que lo obliga a renunciar al conjunto de objetos que, en una primera fase de su vida, han representado los soportes conjuntos de su libido objetual y narcisista, objetos que le han permitido plantearse cómo ser y designar los objetos codiciados por su tener.

Prudencia. Del latín: *prudentia*. Una de las cuatro virtudes cardinales, que consiste en discernir y distinguir lo que es bueno o malo, para seguirlo o huir de ello. Templanza, cautela, moderación. Sensatez, buen juicio.

Prudencial. Perteneciente o relativo a la prudencia. Que no es exagerado ni excesivo.

Prueba. 1.- Acción y efecto de probar. 2.- Razón, argumento, instrumento u otro medio con que se pretende mostrar y hacer patente la verdad o falsedad de algo. Indicio, señal o muestra que se da de una cosa. 3.- Ensayo o experimento que se hace de algo, para saber cómo resultará en su forma definitiva. 4.- Cantidad pequeña de un alimento destinada a examinar su calidad. Examen que se hace para demostrar o comprobar los conocimientos o aptitudes de alguien. 5.- Der. Justificación de la verdad de los hechos controvertidos en un juicio, hecha por los medios que autoriza y reconoce por eficaces la ley.

Prueba de Apgar. Mediciones realizadas al cabo de 1 y 5 minutos del nacimiento para determinar la normalidad física del nacimiento. Las puntuaciones se basan en el color, la fre-

cuencia respiratoria, la frecuencia cardíaca, la viveza de los reflejos y el tono muscular. Utilizado rutinariamente, es particularmente útil para detectar los efectos sobre el recién nacido de los fármacos que haya tomado la madre embarazada.

Prueba de indicios, o indiciaria. La que se obtiene de los indicios más o menos vehementes relacionados con un hecho, generalmente criminal, que se pretende esclarecer.

Prueba de la nalorfina. Utilización de la nalorfina, antagonista de los narcóticos, para determinar abstinencia de los opiáceos. Una inyección de nalorfina precipita los síntomas de abstinencia si se han utilizado opiáceos recientemente. La utilización más importante de la nalorfina, no obstante, es como antídoto en el tratamiento de la sobredosis de opiáceos.

Prueba de realidad. Proceso postulado por Freud que permite al sujeto distinguir los estímulos procedentes del mundo exterior de los estímulos internos y prevenir la posible confusión entre lo que el sujeto percibe y lo que meramente se representa, confusión que se hallaría en el origen de la alucinación.

Prueba psicométrica. Una prueba psicométrica es una medida objetiva y estandarizada de una muestra de comportamiento. En general, se refiere a capacidades, aptitudes, intereses o características del comportamiento humano e incluye la determinación del “cuánto”, es decir, la cantidad de aquellas capacidades, aptitudes, intereses o características del comportamiento del sujeto.

Prueba semiplena. Prueba imperfecta o media prueba, como la que resulta de la declaración de un solo testigo, siendo éste de toda excepción.

Prurito anal o vulvar. Picazón en el ano o en la vulva en la que los psiquiatras ven una manifestación de deseo de castigo que llevaría a los individuos a rascarse incesantemente.

Pseudoalucinaciones. Son alteraciones cualitativas de la sensopercepción que han recibido distintas denominaciones según los autores: Alucinaciones psíquicas de Baillarger; Alucinaciones aperceptivas de Kahlbaum o Pseudoalucinaciones de Kandinsky. El paciente percibe en el “interior de su cabeza” una voz, una imagen o pensamientos que considera provenientes del exterior. Carlos Pereyra las define como “la percepción directa de pensamientos, que se hace sin mediación de los sentidos”. Mira y López, citando a Kandinsky, describe las cualidades de éstas: a) falta de vivacidad; b) estabilidad mayor que la alucinación verdadera; c) extrayección (proyección al exterior); d) falta de creencia persistente en su realidad objetiva. Están presentes en distintos cuadros psicóticos como pueden ser las parafrenias y la esquizofrenia.

Pseudoamnesia. Amnesia fingida como parte de un síndrome disociativo o como secundaria a un trastorno mental orgánico.

Pseudocatatonía, traumática. Estado catatónico secundario a un traumatismo de cráneo.

Pseudociesis. 1.- Sensación y creencia de embarazo psicológico. 2.- El DSM-IV lo incluye dentro de los trastornos somatomorfos, bajo el nombre de Trastorno somatomorfo no especificado, definiéndolo de la siguiente manera: “creencia errónea de estar embarazada, con signos objetivos de embarazo como agrandamiento de la cavidad abdominal (sin signos de protusión umbilical), flujo menstrual reducido, amenorrea, sensación subjetiva de movimientos fetales, náuseas, secreciones y congestión mamarias y dolores ‘apro-

piados' el día esperado del parto. Puede haber cambios endócrinos, pero el síndrome no puede explicarse por la presencia de una enfermedad médica causante de alteraciones endocrinas”.

Pseudocrisis. Es una manifestación paroxística que remeda algunas características de las crisis tónico-clónicas de la epilepsia, pero en la que falta la pérdida de conciencia; los trastornos de pupila o las alteraciones de la conciencia post-crisis.

Pseudodemencia. 1.- Es el término que Wernicke otorgó a los trastornos cognitivos del puerilismo histérico de Bleuler o de la Psicosis carcelaria de Ganser (*Medicina Legal, Gisbert Calabuig*, 1998). 2.- Es el cuadro de trastornos de concentración que se observan en algunos pacientes depresivos, que obliga al diagnóstico diferencial con las Demencias degenerativas.

Pseudohermafroditismo. Malformación del aparato genital que aparenta condición del otro sexo. Es masculino cuando en una aparente estructura femenina hay genitales masculinos, y femenino en el caso inverso. Proviene de deficiencias hormonales.

Pseudolalia fantástica. Acusarse a sí mismo de haber perpetrado un crimen que el individuo no cometió.

Pseudología. Fabulaciones y mentiras sin una motivación aparente, que está presente en los trastornos facticios.

Pseudoneurótica, esquizofrenia. Es el nombre que se utilizaba para describir las formas de comienzo de la esquizofrenia que simulan cuadros neuróticos y que luego desembocan en un franco brote psicótico. Estas formas de comienzo pueden adoptar similitudes con la histeria, el trastorno obsesivo compulsivo y los trastornos somatomorfos.

Pseudotumor. Es un cuadro caracterizado por la presencia de aumento de presión intracraneana, cefaleas y edema de papila, en ausencia de una masa ocupante.

Psicastenia. Es el nombre que acuñó Pierre Janet para describir los cuadros que cursaban con ansiedad, fobias, obsesiones, despersonalizaciones y tics. Esta entidad era una descripción nosográfica y al mismo tiempo una teoría sobre la producción de síntomas en el psiquismo, que partía de considerar al mismo como organizado en niveles progresivos de complejidad y tensión de funcionamiento. La riqueza histórica de esta entidad reside en lo preciso de sus descripciones clínicas pero en la vigencia de los postulados teóricos que de ellas se desprendían. Con el correr del tiempo, el cuadro es visto hoy, en retrospectiva, como más próximo a los trastornos obsesivos compulsivos, del cual se considera su precursor nosográfico histórico inmediato.

Psicataxia. Es una de las denominaciones que ha recibido históricamente la confusión mental.

Psicoactivas, sustancias. Son las sustancias que producen efectos a nivel del Sistema Nervioso Central.

Psicoactivas, trastorno por uso de sustancias. Nombre con que se aludían a las adicciones en el DSM-III-R (APA, 1987).

Psicoanálisis. Campo teórico y clínico creado por S. Freud en el que se pueden diferenciar a primera vista tres planos de abordaje, a saber: a) Epistemológicamente hablando, una metodología investigativa en referencia al campo de lo inconsciente, a través de las pro-

ducciones del mismo como: actos fallidos, lapsus, sueños, chistes, etc. También la inferencia a través de conductas, fantasías y otros, para acceder a la significación e implicancias inconscientes de los mismos. El elemento fundamental que opera de herramienta para estos fines, es la “asociación libre” del sujeto que va configurando el marco de validación interpretativa. Por otro lado, el método psicoanalítico puede extenderse al estudio y comprensión de fenómenos culturales y sociales, dando en lo que se llama “psicoanálisis en extensión”, criticado por algunos psicoanalistas por los abusos cometidos en algunos casos. b) Una metodología clínica y terapéutica, basada en “hacer consciente lo inconsciente” e interpretarle al paciente (analizante) bajo transferencia aquello que resistencialmente presenta en el curso de su análisis y que hace a su “otra escena” inconsciente y a las claves de su deseo. c) La denominada metapsicología freudiana, o sea, el cuerpo de teorías obtenidas a partir del abordaje psicoanalítico en interacción permanente e inseparable con la práctica analítica concreta, aun en la virtualidad evidente de muchos de sus temas. Este aspecto o plano hace a la sistematización y de los conocimientos obtenidos a través del método.

Psicoanálisis salvaje. En sentido lato, se considera así a toda intervención psicoanalítica que violenta los tiempos lógicos de un análisis, por ejemplo, interpretar de manera continua en las primeras entrevistas o preliminares de análisis propiamente dicho. También aquellas intervenciones interpretadoras de todo fenómeno en términos psicoanalíticos cuando no hay un análisis de por medio o éste es imposible, cayendo en el psicologismo por el recorte unilateral de la situación o situaciones así enfocadas. De alguna manera le cabe este mote a toda intervención analítica fuera del tiempo analítico de la transferencia, o sea, a destiempo.

Psicoanalítica [técnica]. Se refiere a los elementos o herramientas a través de las cuales el psicoanálisis puede hacer consciente lo inconsciente y develar el “saber no sabido” capturado en el síntoma, los sueños, los actos fallidos, los lapsus en la clínica bajo transferencia. Entre estos elementos técnicos sobresalen: la interpretación, la construcción, el análisis de los sueños y otros bajo la regla de asociación libre del paciente.

Psicobiología sexual. Disciplina, con pretensiones de autonomía, que pretende explicar la desviación de la conducta sexual según la biología y la psicología y de acuerdo con el funcionamiento endócrino.

Psicobiología. Término introducido por Adolf Meyer que se refiere al estudio del-ser humano como una unidad integrada que incorpora funciones psicológicas y biológicas. Es el estudio de la conducta en función de sus fundamentos biológicos.

Psicocirugía. Es la cirugía practicada en el cerebro con el objeto de tratar un trastorno psíquico. Tratamiento de trastornos emocionales por medio de intervenciones quirúrgicas en el cerebro.

Psicodélico. Dícese de las drogas cuya propiedad básica es la producción de alucinaciones caleidoscópicas de colores y formas.

Psicodiagnóstico. Estudio psicológico de la personalidad, la inteligencia, las fantasías y demás de un entrevistado a través de técnicas como los tests, cuestionarios, tests proyectivos, producciones gráficas y otros elementos diagnósticos, comparando las respuestas del entrevistado.

tado con los estándares medios de esa sociedad, o con las respuestas medias estadísticas dadas por otros a las mismas sollicitaciones o estímulos.

Psicodinámica. Ciencia de la mente, sus procesos mentales y componentes afectivos que influyen en la conducta y las motivaciones humanas.

Psicodrama. Método de psicoterapia creado por Jacob Levy Moreno, derivado de la catarsis y consistente en que el sujeto, con un objetivo curativo, ponga en escena una situación conflictiva, es decir, que la interprete en una escena improvisada de teatro. Jacob Levy Moreno creó el psicodrama después de su emigración a los Estados Unidos en 1925, para develar teatralmente la verdad del paciente en sus relaciones con el prójimo. La sesión psicodramática está dividida en tres partes: el comienzo, en el que el paciente es invitado a explicar cómo ve su papel; la acción, durante la cual presenta su vida en forma de drama, y el retorno, donde debe explicar cómo ha sido “alcanzado” por el drama. La sesión apela a todo tipo de técnicas teatrales: inversión de roles, juego de espejos, desdoblamientos de la personalidad, utilización del coro o del soliloquio. Moreno creó también el sociodrama, que se despliega “entre grupo y grupo” y pone en escena conflictos colectivos: las vicisitudes de las minorías negras, de los prisioneros, de los marginales, etcétera.

Psicofármaco. 1.- Principio activo con acción farmacológica sobre los procesos mentales y que modifica la actividad psíquica. 2.- En general, término aplicable a cualquier sustancia que afecta la mente. Específicamente se refiere a cualquier medicamento utilizado para el tratamiento de desórdenes o enfermedades

Psicofarmacología. Rama de la farmacología que estudia el efecto de determinados fármacos sobre los procesos mentales y conductuales. Sustancia química capaz de modificar el psiquismo normal o patológico.

Psicofísica. Sector de la psicología experimental que se ocupa del estudio de la relación funcional entre las magnitudes de los estímulos físicos y las respuestas sensoriales a ellos. Mediante el uso de procedimientos adecuados, los psicólogos han establecido correspondencias muy estables entre el valor del estímulo externo (una luz de cierta intensidad, un sonido de cierta potencia) y las respuestas del individuo, llegándose así a enunciar leyes psicofísicas que, en cierta forma, son un ejemplo excepcional dentro de la psicología, donde no abundan las leyes objetivas. El mérito de haber iniciado estos estudios corresponde principalmente a la escuela alemana del siglo pasado.

Psicofisiología. Tendencia de la psicología experimental que considera las funciones psíquicas desde el punto de vista fisiológico.

Psicofonía. Método creado por M. Aucher, que aspira al desarrollo y al equilibrio psicológico de la persona, por medio del estudio de la emisión y la recepción de los sonidos, en relación con ciertas percepciones localizadas en puntos y zonas corporales precisos.

Psicogénesis. Origen y desarrollo de los fenómenos psíquicos y mentales. Teoría del desarrollo mental. Origen y desarrollo psíquicos de cualquier peculiaridad de la conducta, por ejemplo, psicogénesis de la histeria, o psicogénesis de la conducta delictiva, en la cual se tienen en cuenta el antes, durante y el después del hecho.

Psicógeno. El término “psicógeno” no ha sido utilizado en los títulos de las categorías debido a que tiene distintos significados en las diferentes lenguas y diferentes escuelas psiquiátricas. Cuando aparece en el texto, el término debe ser interpretado en el sentido de que el clínico considera que acontecimientos vitales o dificultades ambientales desempeñan un papel importante en la génesis del trastorno (*CIE 10*). Referido a manifestaciones en general patológicas, cuyo origen no reside en una lesión orgánica sino en un trastorno psíquico.

Psicogeriatría. La psicogeriatría se ha convertido en una subespecialidad de la psiquiatría cada día más importante. Los cambios demográficos de la población han generado un constante incremento del segmento de mayores de 65 años con una tendencia creciente. Por otra parte, la mayor incidencia de patología psiquiátrica en el anciano en relación con la población más joven ha desencadenado un fuerte incremento de la demanda asistencial. No hay que olvidar, además, que existen unas características peculiares en la clínica, diagnóstico, patología básica asociada, entorno social y neuroquímica, en la enfermedad mental del anciano. Esto ha dado lugar a que en algunos países se hayan creado servicios especializados en psicogeriatría, cuyos profesionales atienden únicamente a pacientes mayores de 65 años. La enfermedad mental en el anciano tiene unos condicionantes diferentes al resto de la población. Existen cambios importantes en su situación social, ya que es una época de pérdidas de seres queridos, siendo el duelo una situación frecuente. Suele haber un empeoramiento de la salud física que se manifiesta en una mayor vulnerabilidad a la enfermedad y en una mayor frecuencia de procesos crónicos. Hay una mayor dependencia de otras personas o servicios por una pérdida de las capacidades en las actividades de la vida diaria. Suele haber una mayor tendencia al aislamiento, ya que la actividad social se reduce y el paciente tiende a salir de su casa cada vez menos. Finalmente, existe una pérdida de estatus económico puesto que tras la jubilación los ingresos económicos del anciano quedan disminuidos.

Psicolingüística. Estudio de los factores que afectan la comunicación y la comprensión general de la información verbal. Sistema de defensas psicológicas.

Psicología. Rama de la ciencia que estudia los fenómenos u operaciones psíquicas. Estudio científico de la conducta y la experiencia, de cómo los seres humanos y los animales sienten, piensan, aprenden y conocen para adaptarse al medio que los rodea. La psicología moderna se ha dedicado a recoger hechos sobre la conducta y la experiencia, y a organizarlos sistemáticamente, elaborando teorías para su comprensión. Estas teorías ayudan a conocer y explicar el comportamiento de los seres humanos y en alguna ocasión, incluso a predecir sus acciones futuras, pudiendo intervenir sobre ellas.

Psicología analítica. Se dice de aquella psicología orientada a utilizar mecanismos introspectivos, estudiar los elementos o unidades mínimas del psiquismo, siendo en este sentido una escuela derivada de ideas cartesianas con la correlativa separación cuerpo-mente. En otro sentido, se llama así a la teoría y prácticas creadas por Carl Gustav Jung, cuerpo complejo de ideas que se fue diferenciando del psicoanálisis al incluir contenidos espirituales y transpersonales, y cuyos conceptos más conocidos son los de tipos psicológicos (introvertido-extravertido). El inconsciente colectivo (especie de tesoro imaginario cultural común a todos), su

teoría de los complejos y de los arquetipos símbolos comunes a toda la humanidad y a partir de los cuales era posible acceder a lo que él llamaba “sí mismo” o ser auténtico, usualmente velado por lo que denominó “sombra”, que sería como el personaje en relación con la persona profunda.

Psicología aplicada. Disciplina psicológica que se centra en las finalidades prácticas y la instrumentación del saber psicológico en función de la obtención de resultados u objetivos concretos.

Psicología clínica. Rama de la psicología dedicada al quehacer clínico terapéutico y diagnóstico. Incluye la actividad psicoterapéutica propiamente dicha, el estudio de capacidades y déficit de los sujetos en vistas a diferentes niveles de realización conductual o actitudinal.

Psicología colectiva. También llamada por algunos psicología social, estudia el campo de las relaciones del individuo y los grupos en cuanto sociales. A la vez interviene en situaciones de conflicto inter e intragrupal, haciendo algo que podría llamarse clínica de los vínculos interpersonales. Se la ha criticado por extrapolar en algunos casos variables propias del plano subjetivo hacia el grupal o social, cuando en realidad son dos órdenes epistemológicamente distintos cuya equivalencia puede llevar a graves errores de apreciación e intervención.

Psicología comparada. Es el estudio de las similitudes y diferencias que manifiestan en su comportamiento especies de organismos que contrastan entre sí.

Psicología criminal. La última disciplina penal fundamental contemplada desde el plano causal explicativo y que se ocupa concretamente del delincuente es la psicología criminal, que se constituye como el instrumento más eficaz de la antropología criminal, ya que se encarga de estudiar la psique del hombre delincuente, determinando los desarrollos o procesos de índole psicológica verificados en su mente. Cabe resaltar que en la actualidad, la psicología criminal ha rebasado en mucho el límite de la observación individual del sujeto antisocial, extendiéndose hacia estudios de la conducta criminal y de los factores psicológicos que influyen en la criminalidad, sean estos individuales o colectivos. Freud, aseveraba que el delito es el resultado del “Ello”, es decir, del instinto, que triunfa sobre el “Super Yo”, o sea, la conciencia moral. Existieron otros autores que se especializaron en este tema como, por ejemplo, Enrico Ferri, que reconocía cuatro ramas científicas para la observación psicológica de la personalidad: la psicología criminal, la psicología judicial, la psicología carcelaria y la psicología legal.

Psicología de la conducta. Investigación sistemática de la actividad reactiva de los organismos sin referencia alguna a la conciencia.

Psicología del deporte. Según la Asociación de Psicólogos Americanos (APA), la psicología del deporte y de la actividad física es el estudio científico de los factores psicológicos que están asociados con la participación y el rendimiento en el deporte, el ejercicio y otros tipos de actividad física. Los profesionales de la psicología del deporte se interesan por dos objetivos principales: por un lado, ayudar a los deportistas a utilizar principios psicológicos para mejorar su rendimiento. Por otro lado, comprender cómo la participación en el deporte, ejercicio y actividad física afectan al desarrollo psicológico del indivi-

duo, su salud y bienestar a lo largo de su ciclo vital. Esto significa que la psicología del deporte es el empleo de una ciencia, la psicología, en el ámbito del deporte. Por lo tanto, estudia el comportamiento de los deportistas, entrenadores, árbitros, padres y directivos, entre otros. En otro sentido, la psicología de la actividad física estudia también el comportamiento de las personas en relación con el ejercicio u otras formas de actividad física. Esto incluye a niños, jóvenes, adultos y ancianos. En general, por lo tanto, la psicología de la actividad física y del deporte se encarga de estudiar los aspectos psicológicos durante la actividad física, sea esta orientada al rendimiento o no. La Psicología del deporte podría ser definida como la aplicación de teorías y técnicas psicológicas a la práctica deportiva, con el objetivo de optimizar el rendimiento. Los factores psíquicos siempre están presentes en la práctica deportiva, tanto en el entrenamiento como en la competencia. La gran mayoría de los autores establecen cuatro módulos de trabajo principales: regulación de la tensión: se refiere al control de los niveles de ansiedad (nerviosismo) que experimenta el deportista antes, durante y después de la competición. El nivel óptimo varía, dependiendo de cada deporte (relajación vs. activación). Regulación de la concentración: enfocar la atención en el aspecto más importante de la tarea, evitando distracciones. Regulación de la confianza: creer en las posibilidades y capacidades propias. Regulación de la motivación: propiciar las condiciones que inician, guían y mantienen la práctica deportiva.

Psicología del yo. Junto al neofreudismo culturalista (Karen Horney, Abram Kardiner, etcétera), al annafreudismo, a la Escuela de Chicago (Franz Alexander), y después a la Self Psychology, más tardía, la Ego Psychology, representada por inmigrantes como Rudolph Loewenstein, Ernst Kris, Erik Erikson, David Rapaport (1911-1960), y sobre todo Heinz Hartmann, es una de las grandes corrientes de la historia del freudismo norteamericano y la principal componente de lo que se denomina Escuela de Nueva York, la poderosa New York Psychoanalytic Society (NYPS) que le sirvió de soporte. En este sentido, la denominación “psicología del yo” es impropia. No da cuenta del carácter freudiano de esta corriente, conocida en todo el mundo con su nombre de origen. La Ego Psychology tiene en común con todas las otras corrientes del freudismo norteamericano el hecho de que se basa en la idea de una posible integración del hombre a una sociedad, a una “comunidad”, incluso, después de 1970, a una identidad sexual, a una diferencia (locura, margen), a un color, a una etnia. En consecuencia, no es simplemente una imitación servil de los ideales del *american way of life*, como se afirma con demasiada facilidad en Francia, sobre todo siguiendo a Jacques Lacan. Si bien apunta a la adaptación pragmática de todo sujeto a la sociedad, toma en cuenta de manera crítica los desarraigos y las diferencias ligados al ideal adaptativo norteamericano.

Psicología educativa. Las metas de la psicología educativa son comprender y mejorar los procesos de enseñanza y aprendizaje. Los psicólogos educativos desarrollan conocimientos y métodos; también utilizan los conocimientos y métodos de la psicología y otras disciplinas relacionadas para estudiar el aprendizaje y la enseñanza en situaciones cotidianas.

Psicología forense. La psicología forense “es aquella parte de la psicología que se desarrolla dentro del ámbito jurídico específico y/o en sus órganos dependientes, caracte-

rizándose por poseer técnicas propias que la convierten en una ciencia auxiliar en ese campo”. “Como especialidad esencialmente práctica de la ciencia psicológica, muestra una estructuración científica reciente, que adquiere relevancia a partir del año 1986, cuando es incluida en la resolución de incumbencias del Ministerio de Educación de la Nación (en Argentina), y a partir del año siguiente es establecida como asignatura obligatoria en la currícula de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, y en posteriores años es establecida en varias universidades privadas”. El psicólogo forense tiene un rol preponderante “al estudiar todas aquellas conductas que tienen que ver con el delito o con las conductas antisociales” donde resulta importante señalar sus factores psicológicos.

Psicología individual. Teoría holística de la personalidad desarrollada por Alfred Adler. El desarrollo de la personalidad se explica en términos de adaptación al medio social (estilo de vida), esfuerzos por alcanzar la perfección motivados por sentimientos de inferioridad y la naturaleza interpersonal de los problemas de la persona. La psicología individual es aplicada en el asesoramiento y la psicoterapia de grupo por los seguidores de Adler.

Psicología institucional. Campo de investigación y una práctica profesional consistente en abordajes o intervenciones en instituciones que consultan por conflictos en las relaciones interpersonales y en la tarea.

Psicología jurídica. La configuración de la psicología jurídica se fundamenta como una especialidad que desenvuelve un amplio y específico ámbito entre las relaciones del mundo del derecho y la psicología tanto en su vertiente teórica, explicativa y de investigación, como en la aplicación, evaluación y tratamiento. Comprende el estudio, explicación, promoción, evaluación, prevención y, en su caso, asesoramiento y/o tratamiento de aquellos fenómenos psicológicos, conductuales y relacionales que inciden en el comportamiento legal de las personas, mediante la utilización de métodos propios de la psicología científica y cubriendo, por lo tanto, distintos ámbitos y niveles de estudio e intervención: psicología aplicada a los tribunales, psicología penitenciaria, psicología de la delincuencia, psicología judicial (testimonio, jurado), psicología policial y de las fuerzas armadas, victimología, mediación.

Psicología social. La psicología social es una rama de las ciencias sociales que intenta explicar cómo la sociedad influyó en la cognición, la motivación, el desarrollo y el comportamiento de individuos y es influida por ellos. Es el estudio de la conducta social, para comprender y explicar cómo los pensamientos, sentimientos y comportamientos individuales son influidos por la interacción real o imaginaria de los otros.

Psicologismo. Falacia epistemológica que consiste en pretender que un solo campo de acción o nivel de interpretación es el único válido para explicar la totalidad de los fenómenos en su variedad y complejidad. Opera como si no existieran otros campos determinantes del objeto del estudio, y se desentiende de lo interdisciplinario. También abuso de la interpretación psicológica para cualquier clase de evento o situación.

Psicometría. Ciencia de la medición del funcionamiento y la capacidad mentales y psicológicos.

Psicomotilidad. Función psíquica integrada que comprenda la motilidad y el funcionamiento mental.

Psicomotor. Efecto combinado de la actividad física y emocional que puede estar inhibido, es decir, retardado o excitado, es decir, acelerado. Referente a los fenómenos motores de procesos psíquicos o cerebrales.

Psiconeuroinmunoendocrinología. Transdisciplina que integra los avances de las neurociencias, la inmunología y la endocrinología.

Psiconeurosis. Término que Freud utilizó para oponerlo al de neurosis actuales, ya que quería marcar con esto los cuadros cuya sintomatología se corresponde con conflictivas infantiles de los cuales serían expresión los síntomas aparecidos y motivantes de la consulta. Entran dentro de esta clasificación freudiana la histeria, las fobias y las neurosis obsesivas, las cuales se presentan de forma evidente la defensa ante conflictos irresueltos de origen infantil.

Psiconeurosis de Defensa. Término acuñado por Freud para referirse, en los comienzos de su teoría, a ciertos cuadros neuróticos como la histeria, la fobia y la obsesión; y también a algunas psicosis, donde se ponía de manifiesto un conflicto defensivo, siguiendo el modelo de la histeria.

Psicópatas abúlicos. En la clasificación de K. Schneider denotaba a las personalidades de escasa voluntad y excesiva influenciabilidad por terceros. En la actualidad esta nomenclatura no se utiliza por el significado peyorativo que implica el término psicópata. Esta personalidad presenta rasgos de lo que hoy se denomina Personalidad dependiente.

Psicópatas anancásticos. En la clasificación de K. Schneider corresponde a la personalidad, dubitativas, perfeccionistas, rígidas y detallistas. En la actualidad, puesto que el término psicópata quedó asociado a un significado peyorativo y prácticamente equivalente a personalidad antisocial, se prefiere la denominación de personalidades obsesivas y trastornos obsesivo compulsivo de la personalidad.

Psicópatas asténicos. En la clasificación de K. Schneider corresponde a las personalidades que se caracterizan por su fracaso físico ante los esfuerzos y la sensación permanente de debilidad. En la actualidad tal denominación perdió vigencia por el significado peyorativo que adoptó el término psicópata. Hoy no se diagnostica como un trastorno de la personalidad sino como neurastenia.

Psicópatas depresivos. En la clasificación de K. Schneider corresponde a las personalidades pesimistas, escépticos, con una falta de alegría inocente, rígidos, inflexibles, abrumados por escrúpulos y cavilaciones sobre las consecuencias de sus actos, cierta vanidad en su sufrimiento de tinte aristocrático. En la actualidad además de haberse abandonado el uso del término psicópata por su significado peyorativo y su equivalencia con la personalidad antisocial, se discute la real existencia de una personalidad depresiva. El DSM-IV lo propone como trastorno a ser investigado.

Psicópatas desalmados. En la clasificación de K. Schneider corresponde al Trastorno antisocial de la personalidad.

Psicópatas explosivos. En la clasificación de K. Schneider se correlaciona con lo que hoy se diagnostica como Trastorno explosivo intermitente.

Psicópatas fanáticos. En la clasificación de K. Schneider corresponde a la personalidad cuya vida psíquica se encuentra dominada por la presencia de ideas sobrevaloradas que las lle-

van luchar por sus ideas. Son los fanáticos religiosos, políticos, científicos u de otras ramas. No se utiliza en la actualidad ningún equivalente nosográfico.

Psicópatas hipertímicos. En la denominación de K. Scheneider corresponde a las personalidades alegres, bondadosas, activas, optimistas, carentes de autocrítica, incommovibles a toda experiencia, imprudentes, seguros de sí mismos, influibles y no muy fieles. Esta personalidad se correlaciona con los clásicos temperamentos sanguíneos. En la actualidad se reconocen estos atributos pero prefiere hablarse de temperamento hipertímico, puesto que la denominación de psicópata ha quedado estrictamente asociada a la personalidad antisocial.

Psicópatas lábiles de ánimo. En la clasificación de K. Schneider describía lo que hoy se reconoce como Trastornos en el control de los impulsos.

Psicópatas necesitados de estimación. En la clasificación de K. Schneider corresponde al actual Trastorno histriónico de la personalidad.

Psicópatas sensitivos. En la clasificación de K. Schneider corresponde a las personalidades que son inseguras, irritables y que buscan en sí mismas la culpa de todo acontecimiento y todo fracaso. En la actualidad esta denominación ha perdido vigencia por la significación peyorativa que ha adquirido el término psicópata y se las incluye dentro del Trastorno paranoide de la personalidad.

Psicopatía. Nombre en desuso, que ha sido reemplazado por el de trastorno de personalidad antisocial. Individuo que tiene inestabilidad patológica, pero ningún trastorno psíquico manifiesto; se encuentra afectada su conducta, cuyos rasgos más marcados son la irresponsabilidad, insensibilidad, deslealtad, agresividad, manipulación y la falta de cautela.

Psicopático. Relativo a la conducta antisocial.

Psicopatología vincular. La psicopatología vincular estudia los modos de organización psíquica en un tiempo y un espacio relacional. El análisis del despliegue de la estructura psíquica y sus perturbaciones describe una historia en la que el recorrido de la pulsión, los modos de composición, transformación, inscripción y significación de la vida mental se plasman en las vicisitudes del vínculo.

Psicopatología. 1.- Este término fue utilizado a fines del siglo XIX por la medicina, la psicología, la psiquiatría y el psicoanálisis para designar los sufrimientos del alma y, más en general, los trastornos del psiquismo humano, a partir de una distinción o un deslizamiento dinámico entre lo normal y lo patológico, variable según las épocas. El objeto de la psicopatología es el acontecer psíquico consciente: no sólo el vivenciar sino las condiciones y causas de las que depende y sus mutuas relaciones y sus consecuencias, pero sólo en el ámbito de lo patológico. 2.- La psicología y la psicopatología aprenden una de la otra, pero la frontera entre ambas no es nítida porque la enfermedad se puede entender de diversas maneras. Psicopatología y psiquiatría. 3.- La psiquiatría se ocupa del caso individual y concreto, intentando curarlo, mientras la psicopatología es una ciencia y como tal busca conocer, analizar y generalizar, tomando al hombre en sentido genérico. Sirve de apoyo a la psiquiatría, pero no puede disolver totalmente al hombre concreto en conceptos. 4.- Psicopatología y psicología. La psicología estudia la vida psíquica normal,

y sirve de referencia a la psicopatología como la anatomía lo hace con la anatomía patológica. La misma psicopatología a veces tiene que construir una psicología, una idea de normalidad. 5.- Psicopatología y medicina somática. Están unidas porque cuerpo y alma forman una unidad indisoluble. Muchas veces aparece procesos corporales como causas más lejanas de problemas psíquicos: hay una interrelación recíproca. No obstante, no hay que hablar de paralelismo entre lo somático y lo psíquico ni de una subordinación de unos a otros procesos. De las cadenas casuales entre lo psíquico y corporal conocemos sólo los eslabones terminales. En suma, al investigar procesos psíquicos debemos pensar en causas corporales, y viceversa. 6.- Psicopatología, metodología y filosofía. La medicina somática tiene una metodología firmemente establecida, y la psicopatología y la psicología también deben tenerla, a pesar de las críticas de muchos que dicen que sólo son un conjunto de saberes vulgares inconexos. La filosofía es valiosa para la psicopatología en un sentido negativo: le muestra qué no tiene que hacer: especular, discutir superflua-mente y pensar con prejuicios. Pero también hay un sentido positivo, porque la filosofía esclarece el sentido de su actitud humana en la práctica y le da claridad en sus motivos para conocer (*Jaspers K.*).

Psicopedagogía laboral. Es el estudio de las personas en situación de aprendizaje laboral. Comprende el aprendizaje laboral y sus dificultades en las personas, grupos, organizaciones e instituciones. Su interés radica en el aprendizaje del trabajo en sí y de las dificultades que pueden surgir en relación a la tarea, en la interacción con los otros trabajadores, en la organización institucional, en la identidad laboral y en la distribución de roles.

Psicoprofilaxis. Para algunos es sinónimo de higiene mental, entendida como conjunto de recursos puestos al servicio de la prevención, el diagnóstico precoz y la rehabilitación de los enfermos mentales. Sin embargo, cabe definirla en sentido más amplio como toda actividad que desde un nivel de análisis psicológico y mediante el empleo de recursos y técnicas psicológicas, tienda a promover el desarrollo de las posibilidades del ser humano, su madurez como individuo y, en definitiva, su felicidad.

Psicosis. Término utilizado para describir un grupo de enfermedades que se diferencian de las neurosis (trastornos de ansiedad, trastornos disociativos y somatomorfos) y de los trastornos de personalidad. En general, las entidades en esta categoría presentan perturbaciones severas del pensamiento, la afectividad, la percepción y la relación con los otros, producto de una desviación judicativa. En general son todas aquellas enfermedades que cursan con delirios y alucinaciones. Se los divide en dos grandes grupos: 1) secundarias a enfermedades médicas y a sustancias (antes denominadas orgánicas) y 2) funcionales: trastornos del ánimo, esquizofrenia, trastornos psicóticos breves, trastornos delirantes. Pero también se utiliza una acepción en la modalidad de adjetivo “psicótico” para aludir a una magnitud de gravedad. Si bien todo paciente que padece Esquizofrenia en definitiva padece psicosis, suele decirse que el mismo está “psicótico cuando presenta determinados síntomas como son los delirios o alucinaciones. En estos estados también suele usarse como sinónimo el término “productivo”. El psicoanálisis se esforzó en poner en evidencia el fundamento sexual de toda psicosis, dando la clave de los diferentes tipos de delirio en un magistral análisis lingüístico. Fue en el análisis de las *Memorias de un neurópata*, publicadas en 1903 por el presidente de la Cor-

te de Apelaciones de Saxe, el doctor en derecho P. D. Schreber, donde Freud encontró los fundamentos de su teoría de las psicosis (1911), cuando acababa de explorar la libido infantil (1907- 1910) y justo antes de elaborar su concepción del narcisismo (1914) (*Campbell RJ Psychiatric Dictionary*).

Psicosis alcohólicas. Trastornos mentales que son consecuencia del alcoholismo e implican lesión cerebral orgánica.

Psicosis cocaínica. “Paranoia” y suspicacia son los síntomas iniciales. Se ha reportado en una frecuencia que oscila entre el 68% al 84%, mientras que la presencia de alucinaciones y delirios lo hace entre el 9.5% y el 53% de los casos. Habitualmente es transitoria, dura algunas horas y cede con la desaparición de los efectos tóxicos de la droga. Las temáticas persecutorias más frecuentes son la del arresto inminente y la de ser castigados con la revancha, por una presunta actitud de delación hacia sus pares. Las alucinaciones pueden ser auditivas, visuales o táctiles. Pueden presentar alucinosis. Existe un fenómeno de “sensibilización” por el cual dosis cada vez más bajas de cocaína desencadenan los episodios psicóticos. Por lo tanto, la paranoia transitoria observada en la intoxicación impresiona ser un síndrome frecuente, no vinculado a la dosis (no refleja una “sobredosis”), producido por la droga con progresiva sensibilización, siendo vulnerables a la misma los individuos con antecedentes familiares de psicosis. La combinación de psicosis y cocaína ofrece a menudo dudas diagnósticas sobre la relación jerárquica entre ellos. En un estudio se comprobó que el diagnóstico de certeza sólo se pudo establecer sólo en el 18% de los casos, sugiriéndose el tratamiento de ambas condiciones controlando la evolución. La inducción de psicosis símil-esquizofrenia es una posibilidad teórica, aplicándose los modelos y la bibliografía utilizada con otros estimulantes. Se ha descrito que la psicosis anfetamínica remedia la sintomatología paranoide (delirios y alucinaciones) a la cual se le agregan movimientos de armado y desarmado de objetos y otras conductas estereotipadas. Las psicosis inducidas por estimulantes pueden cursar sin delirium.

Psicosis maníaco depresiva. Término creado por el saber psiquiátrico de principios del siglo XX a partir de los vocablos psicosis, manía y depresión, para designar la tercera gran forma moderna de la psicosis en general (las otras dos son la paranoia y la esquizofrenia). Se caracteriza por las irregularidades del estado de ánimo, que se presentan como una alternancia entre la agitación maníaca (o exaltación) y los estados melancólicos (tristeza y depresión). En la actualidad se la denomina trastorno bipolar.

Psicosis tóxica. Psicosis causada por sustancias tóxicas producidas por el cuerpo o introducidas en él en forma de fármacos o sustancias químicas.

Psicosomática [medicina]. Nacida con Hipócrates, la medicina psicosomática aborda a la vez el cuerpo y el espíritu y, más específicamente, la relación entre soma y psique. Describe, por lo tanto, la manera en que las enfermedades orgánicas son provocadas por conflictos psíquicos en general inconscientes. Dentro de la historia del psicoanálisis, varias corrientes de medicina psicosomática se desarrollaron en el mundo, primero con Georg Groddeck, su principal inspirador, y después alrededor de Franz Alexander (Escuela de Chicago) en los Estados Unidos, Alexander Mitscherlich en Alemania y Pierre Marty (1918-1993) y Michel de M'Uzan en Francia (Escuela de París).

Psicosomático. Adjetivo que define toda una serie de patologías donde la interrelación afectiva y la corporalidad es aún más evidente que lo usual. Hay allí conflictivas de diverso orden que son pasadas por alto por el registro simbólico del sujeto y por consiguiente aparecen desde lo real del cuerpo como patologías de fachada orgánica o somática. La constelación sintomática es enorme, razón por la cual si uno se queda atrapado en ella, no percibirá la trama conflictual de fondo que allí se expresa. Por otro lado, los síntomas “migran” o van cambiando sus localizaciones, aun cuando siempre hay un terreno predispuesto o una zona de fragilidad inherente a cada sujeto. Por lo tanto, es esencial trabajar eso no simbolizado que se traduce corporalmente, y en lo posible “sostener en síntoma” para que hable y pueda decir de los conflictos, deseos y goces que figuran en su causación. La crítica de algunos psicoanalistas finca en que, tras la denominación de “psicosomático” subsistiría el dualismo, cuando en realidad la interrelación de ambos es inseparable, de lo cual dan cuenta estos fenómenos clínicos.

Psicoterapia. 1.- En sentido amplio, todo método de tratamiento de los desórdenes psíquicos o corporales que utilice medios psicológicos y, de manera más precisa, la relación del terapeuta con el enfermo: hipnosis, sugestión, reeducación psicológica, persuasión, etc.; en este sentido, el psicoanálisis es una forma de psicoterapia. Forma de tratamiento de las enfermedades psíquicas y trastornos de la conducta en la cual una persona con la formación necesaria establece un contrato profesional con el paciente e intenta, por medio de la comunicación terapéutica definida, tanto verbal como no verbal, aliviar el trastorno emocional, invertir o modificar las pautas de conducta maladaptativa y fomentar el crecimiento y desarrollo de la personalidad. Conjunto de medios terapéuticos basados en la relación interpersonal; a través del diálogo, y las intervenciones del terapeuta, se posibilita la superación del conflicto psíquico. Se entenderá por psicoterapia todo tratamiento de naturaleza psicológica que, a partir de manifestaciones psíquicas o físicas de sufrimiento humano, promueve el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, la adaptación al entorno, la salud física, y psíquica, la integridad de la identidad psicológica y el bienestar bio-psico-social de las personas y grupos tales como la pareja o la familia. Lía Ricón define las psicoterapias como los procedimientos que tengan por finalidad actuar sobre el psiquismo de las personas con el objeto de aliviar en forma mediata o inmediata sus padecimientos, empleando la palabra hablada. 2.- En sentido más estricto, a menudo se opone el psicoanálisis a las diversas formas de psicoterapia, por diversas razones, especialmente: la función primordial que en él desempeña la interpretación del conflicto inconsciente y el análisis de la transferencia, que tiende a su resolución. 3.- Con el nombre de “psicoterapia analítica” se designa una forma de psicoterapia basada en los principios teóricos y técnicos del psicoanálisis, aunque sin realizar las condiciones de una cura psicoanalítica rigurosa.

Psicoterapia analítica de grupo. Tipo de terapéutica de grupo en la cual se utiliza el grupo como el principal agente terapéutico y todas las comunicaciones y relaciones se consideran como parte de un campo total de interacción. Las intervenciones se refieren principalmente a las fuerzas grupales más que a las fuerzas individuales. S.H. Foulkes aplicó el término a su técnica terapéutica en 1948. Pueden ser individual o grupal.

Psicoterapia breve. Forma de psicoterapia en la cual las sesiones se limitan a un número de 10 a 15 y durante el tiempo que duran se hacen intentos de modificar la conducta. En esta aproximación se utiliza en situaciones individuales de grupo.

Psicoterapia centrada en el cliente. Forma de psicoterapia, formulada por Carl Rogers, en la que se cree que el paciente o cliente posee capacidad de mejorar. El terapeuta le ayuda meramente a clarificar sus propios pensamientos y sentimientos. La aproximación centrada en el cliente, tanto en terapéutica de grupo como en terapéutica individual, es democrática, a diferencia de los métodos de tratamiento centrados en el psicoterapeuta.

Psicoterapia cognitiva. La terapia cognitiva busca alterar las construcciones que hace un paciente sobre sus experiencias. Implica al paciente en un proceso mediante el cual se plantea la influencia que tienen los sistemas cognitivos, emocionales, lingüísticos y conductuales, de organización de la experiencia en su visión de las cosas, y se buscan formas alternativas, válidas y viables de conocer el mundo, y de aportar nuevos significados, transformando todos los sistemas de funcionamiento personal. Según Beck, los efectos de la terapia cognitiva son el resultado de ciertas estrategias diseñadas para identificar, comprobar en la realidad y corregir las conceptualizaciones distorsionadas y los esquemas disfuncionales subyacentes. “La terapia cognitiva es un sistema de psicoterapia que intenta reducir las reacciones emocionales excesivas y las conductas contraproducentes mediante la modificación del pensamiento erróneo o defectuoso y las creencias desadaptativas, que subyacen a estas reacciones”.

Psicoterapia conductista. Es un tipo de terapéutica que se centra en la conducta manifiesta y observable objetivamente más que en los pensamientos y sentimientos. Aspira a una mejoría sintomática y a la eliminación de los hábitos maladaptativos y los sufrimientos. Se combinan varias técnicas condicionadoras y tendientes a eliminar la ansiedad derivadas de la teoría del aprendizaje, con discusiones didácticas y técnicas adaptadas de otros sistemas de tratamiento.

Psicoterapia de apoyo. Forma de psicoterapia que trata de reforzar las defensas del paciente y proporcionarle tranquilización más que indagar profundamente en sus conflictos.

Psicoterapia de grupo. Tipo de tratamiento psiquiátrico que incluye a dos o más pacientes, que participan conjuntamente en presencia de uno o más terapeutas, que facilitan la interacción tanto emocional como racional para dar lugar a modificaciones en la conducta inadaptativa de los miembros.

Psicoterapia de grupo de intervención crítica. Terapéutica de grupo que aspira a disminuir o eliminar una crisis emocional o situacional.

Psicoterapia de grupo interaccional estructurada. Tipo de terapéutica de grupo desarrollada por Harold Kaplan y Benjamin Sadock en la cual el terapeuta proporciona una matriz estructural para las interacciones del grupo, lo más importante de lo cual es que en cada sesión un miembro diferente del grupo es el centro de la interacción.

Psicoterapia de grupo psicoanalítica. Método fundamental de psicoterapia de grupo, pionero del cual fue Alexander Wolf, y que se basa en los principios operacionales de la teoría psicoanalítica individual. Se modifica el análisis y la interpretación de las transfe-

rencias, resistencias y defensas del paciente para que tengan lugar en una situación grupal. Aunque estrictamente designa el tratamiento destinado a producir una modificación significativa del carácter, el término abarca la misma aproximación en grupos que se mueven a niveles más superficiales para alcanzar fines menos ambiciosos.

Psicoterapia de grupo represiva-inspiracional. Tipo de terapéutica de grupo en la cual se utiliza la discusión para levantar la moral del paciente y ayudarlo a evitar sentimientos no deseados. Se utiliza sobre todo con grandes grupos de pacientes en estado de fuerte regresión, en situaciones institucionales.

Psicoterapia existencial. Tipo de terapéutica que pone el énfasis en la confrontación, primordialmente en la interacción del aquí y ahora y en sentir las experiencias más que en el pensamiento racional. Se presta menos atención a las resistencias del paciente. El terapeuta está implicado en el mismo nivel y en el mismo grado que el paciente. Se basa en el análisis existencial.

Psicoterapia gestáltica. La terapia gestáltica tiene como objetivo primordial el crecimiento de la persona y hacer que logre desarrollar sus propias potencialidades. El trabajo que realizamos en terapia gestáltica trasciende los límites del consultorio o de los diferentes lugares donde se realice, va más allá, es una filosofía de vida que se aprende y se aplica en la vida cotidiana, permitiéndonos vivir de un modo más sensible, directo y verdadero. Dentro del proceso terapéutico no sólo se apunta a lo que dice o piensa el paciente, sino que se tiene en cuenta también lo que éste hace en sesión. La mayoría de las veces el verdadero “mensaje” se descubre por medio de las acciones (gestos, movimientos, miradas, posturas, etc.). La terapia gestáltica es efectiva y está directamente recomendada en aquellos casos en que alguien sienta que tiene dificultades para permanecer en el presente, y para aquellos que, sabiendo que disponen de un bagaje interno importante para valerse por sí mismos, viven apoyándose en los demás. Fritz Perls, el creador de esta psicoterapia, ha dicho que “aprender no es más que descubrir que algo es posible”.

Psicoterapia institucional. Expresión forjada en 1952 por el psiquiatra francés Georges Daumezon (1912-1979) para designar una terapia de la locura basada en la idea de la causalidad psíquica de la enfermedad mental (o psicogénesis), que apunta a reformar la institución asilar privilegiando una relación dinámica entre el personal de salud y los pacientes.

Psicoterapia reestructuradora. Forma de terapéutica que intenta no sólo aliviar los síntomas sino también producir alteraciones de las estructuras de carácter maladaptativo y promover nuevos potenciales de adaptación. Esta finalidad se alcanza por medio de la conciencia y el insight de conflictos, temores, inhibiciones y sus derivados.

Psicótico. Este término ha recibido históricamente numerosas definiciones diferentes, ninguna de las cuales ha conseguido ser aceptada universalmente. La definición más estricta de psicótico se limita a ideas delirantes o alucinaciones prominentes, en ausencia de conciencia acerca de su naturaleza patológica. Una definición algo menos restrictiva también incluiría alucinaciones significativas que el individuo acepta como experiencias alucinatorias. Todavía es más amplia una definición que incluya asimismo otros síntomas positivos de esquizofrenia (esto es, habla desorganizada, comportamiento intensamente desorganizado o catatónico). Fi-

nalmente, el término ha sido definido conceptualmente como una pérdida de los límites del yo o una importante alteración de la verificación de la realidad.

Psicotrópico. Psicofármaco.

Psicofilia. Excitación debida al frío o a ver a personas con frío.

Psique. 1.- Denominación griega de la mente. 2.- Según Jung, es la totalidad de la estructura psicológica del ser humano: es la unidad básica de estudio de Jung, un área o espacio donde tienen lugar los “fenómenos psíquicos” y donde circula energía psíquica o libido. La circulación de energía por la psique engendrará “procesos psíquicos”. La psique es una realidad por derecho propio y capaz de operar según sus propios principios. La psique tiene tres estratos: conciencia, inconsciente personal e inconsciente colectivo. La conciencia contiene las actitudes con que el individuo hace frente al entorno inmediato, y se encuentra allí la orientación básica de su papel en la sociedad y el punto de partida de su racionalidad. El inconsciente personal abarca los contenidos psíquicos reprimidos por la conciencia, más aquellos impulsos y deseos aún no ingresados a la conciencia. Incluye fantasías personales, experiencias olvidadas o reprimidas, etc. El inconsciente colectivo es el estrato más grande y profundo de la psique, siendo sus contenidos de carácter arquetípico, los que pueden aflorar y manifestarse en los estratos más superficiales de la psique.

Psiquiatra. Médico especializado en el estudio, la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos psíquicos o de la mente.

Psiquiatría. Del griego: *psyche*, mente y *iatria*, curación. Ciencia que trata de los trastornos de la mente. Rama de la medicina que estudia las alteraciones psíquicas o la conducta psicopatológica desde la perspectiva etiopatogénica, el diagnóstico, el pronóstico, la terapéutica y la prevención.

Psiquiatría comunitaria. Psiquiatría que se centra en la detección, prevención y tratamiento precoz de trastornos emocionales y desviaciones sociales, tal como se desarrollan en la comunidad más que de la forma en que se perciben y encuentran en grandes servicios psiquiátricos centralizados. Se destacan especialmente los factores ambientales que contribuyen a la enfermedad mental.

Psiquiatría dinámica. Utilizada primero por Gregory Zilboorg en 1941 y después por Henri F. Ellenberger, la expresión “psiquiatría dinámica” es empleada en general por los historiadores para designar el conjunto de las escuelas y corrientes que se interesan en la descripción y la terapia de las enfermedades del alma (locura, psicosis), de los nervios (neurosis) y del estado de ánimo (melancolía), desde una perspectiva dinámica, es decir, haciendo intervenir un tratamiento psíquico en cuyo transcurso se instaura una relación transferencial entre médico y enfermo.

Psiquiatría forense. Rama de la psiquiatría que se ocupa de los aspectos legales de los trastornos psíquicos, teniendo en cuenta la etiopatogenia de los mismos y su relación con los aspectos jurídicos civiles y penales.

Psiquiatría interpersonal. Sistema dinámico cultural de terapéutica psicoanalítica basada en la teoría interpersonal de Harry Stack Sullivan. Las formulaciones de Sullivan fueron expresadas en términos de la interacción de una persona con otras personas. En la psicoterapia de

grupo conducida por terapeutas de esta escuela, el interés se centra en las transacciones de los pacientes entre sí.

Psiquiatría social. Rama de la psiquiatría que se interesa por las variables ecológicas, sociológicas y culturales que crean intensifican o complican pautas de conducta maladaptativas y por su tratamiento.

Psiquiatría transcultural. Estudio comparativo de enfermedad y salud mental entre varias sociedades de todo el mundo.

Psiquis. Princesa griega que según la mitología, enamoró al dios del Amor, Eros, con su belleza, y a la que este amó con la consigna de que nunca lo viese. Psiquis, curiosa, una noche de amor, mientras el dios dormía encendió una vela y una gota de cera despertó al dios que huyó enfurecido, por eso Venus, su madre (suegra) la castigó de la peor manera. Psiquis implora a los dioses por su amor perdido y Venus la atormenta con dos mujeres de su séquito, la Tristeza y la Soledad, amén de la Costumbre. Por esas cosas de la vida, hoy podríamos considerar tanto a la Costumbre, como a la Tristeza y la Soledad, elementos presentes en todo amor no mitológico y cotidiano. De todos modos, el amor que nunca pudiera olvidarla, imploró por ella a Zeus olímpico y después de una asamblea de dioses se autorizó la boda, será tal vez por eso, que uno de los problemas de todo amor es armonizar medianamente.

Pteliomanía. Tendencia a tocarse los genitales.

Pubefilia o ginelofilia. Excitación producida por el vello pubiano.

Pubertad. Del latín: *pubertas, -atis*. Primera fase de la adolescencia en la cual se producen las modificaciones propias del paso de la infancia a la edad adulta. Etapa crítica del desarrollo de los individuos que se caracteriza por numerosos cambios morfológicos, funcionales y psíquicos. Hay variaciones en las tasas hormonales y diversos fenómenos diferenciadores (menarquia, poluciones, etc.). Se inicia antes en las mujeres que en los varones, hacia los 12 años en éstos y a los 11 en aquéllas. Se continúa con la adolescencia. Es un período de orientación de la personalidad sexual. Etapa de la vida en que se realizan un conjunto de transformaciones morfológicas y fisiológicas que posibilitan el inicio de las funciones sexuales; marca el paso de la infancia a la adolescencia.

Pubescencia. Inicio de la pubertad.

Pudor. Del latín: *pudor, -oris*. Honestidad, modestia, recato en relación con el sexo, consigo mismo y con los demás. Es concepto relativo pues depende de influencias educativas y sociales, siendo lo impúdico aquello que ataca los valores de tipo sexual de la sociedad toda.

Puericia. Del latín: *pueritia*. Edad del hombre que media entre la infancia y la adolescencia; esto es, desde los siete años hasta los catorce.

Puericultura. Conjunto de conocimientos y técnicas que se refieren al cuidado y atención de los niños.

Puerilismo. 1.- Actitudes añiñadas presentes en los adultos. 2.- Signo presente en la Esquizofrenia, retrasos mentales y demencias que consiste precisamente en la manifestación de comportamientos infantiles.

Puerperio. Período de retorno de la mujer al estado anterior al embarazo luego del parto. Se lo estima en alrededor de 40 días (cuarentena).

Pulsión. Concepto central de la obra freudiana que se diferencia en primer lugar del “instinto”, que para Freud no es propio de lo humano sino de lo animal como conductas ciegas, determinadas, heredadas, fijas e innatas para cada especie. La pulsión, en cambio, es extrema en sus variaciones que están condicionadas por la historia de cada sujeto. Así, si el “instinto” refiere a una necesidad prediscursiva biológica, la pulsión, por el contrario, no se contenta con objetos fijos y determinados sino que oscila y rodea permanentemente al objeto cambiante de sus designios. Por eso su función no se agota en el objeto sino que vuelve a girar en busca de una satisfacción primaria y perdida para siempre, ya que está en la constitución del sujeto. Por esta razón es más adecuado hablar de circuito pulsional que de dirección de la pulsión.

Pulsión de muerte. S. Freud estableció un eje de oposición pulsional fundante en el psiquismo, y en él se enfrentaban las pulsiones de vida (formadas en dirección a la integración, la unión y la cohesión) y las de muerte (en dirección a la disgregación, la desunión, la destrucción), aunque del interjuego de ambas surge la dinámica del psiquismo y la vida. Freud fue muy criticado por introducir el concepto de pulsión de muerte, ya que para sus detractores era improbable y mítico. Lacan sigue a Freud en esto y lo considera central, al asociarlo con lo preedípico y el narcisismo.

Dentro de la última teoría freudiana de las pulsiones, designa una categoría fundamental de pulsión que se contrapone a las pulsiones de vida y que tiende a la reducción completa de las tensiones, es decir, a devolver al ser vivo al estado inorgánico. La pulsión de muerte se dirige primeramente hacia el interior y tiende a la autodestrucción; secundariamente se dirigiría hacia el exterior, manifestándose entonces en forma de pulsión agresiva o destructiva. El concepto de pulsión de muerte introducido por Freud en *Más allá del principio de placer* y constantemente reafirmado por él hasta el fin de su obra, no ha logrado imponerse a los discípulos y a la posteridad de Freud a igual título que la mayoría de sus aportaciones conceptuales. Sigue siendo una de las nociones más controvertidas.

Pulsión de vida-pulsión de muerte. Grupo de pulsiones cuya combinación y enfrentamiento producen la dinámica subjetiva misma. A partir de 1919, Freud remplace la oposición pulsiones sexuales/pulsiones del Yo y la de pulsiones del Yo/pulsiones de objeto por la oposición pulsiones de vida/pulsiones de muerte, que considera mucho más fundamental y que, durante todo el final de su obra, le parecerá cada vez más pertinente.

Pulsión de vida. Se denomina así a las pulsiones cuya dinámica de sostiene en la construcción, integración, unión y cohesión que mantienen al sujeto en la búsqueda permanente de satisfacciones en relación con sus objetos. Ver Pulsiones de vida.

Pulsión del Yo. Término general que comprende todas las pulsiones asexuales.

Pulsión destructiva o destructora. Término utilizado por Freud para designar las pulsiones de muerte, desde una perspectiva más cercana a la experiencia biológica y psicológica.

Pulsión parcial. Es casi una tautología, ya que siempre la pulsión se presenta como parcial y la totalidad, como a todo lo humano, le es ajeno. Por eso, podemos hablar de la

fuerza de la pulsión (zona erógena, anal, oral o fálica) y de su fin (pulsión escópica, pulsión de dominio), pero aunque una tome cierta preeminencia en función de la organización libidinal en juego, todas conviven e interjuegan en la dinámica inconsciente que las genera.

Pulsiones de autoconservación. Se denomina así a aquellas destinadas a la preservación de la vida del sujeto buscando satisfacer aquello del orden de la necesidad básica a los fines de conservar la vida. Entre estas pulsiones podríamos mencionar el hambre, la sed, el cuidado, etc., también en algún otro momento teórico del psicoanálisis se las ha hecho equivaler a las llamadas "Pulsiones del Yo".

Pulsiones de vida. Categoría de pulsiones que Freud contrapone, en su última teoría, a las pulsiones de muerte. Tienden a constituir unidades cada vez mayores y a mantenerlas. Las pulsiones de vida, que se designan también con el término "Eros", abarcan no sólo las pulsiones sexuales propiamente dichas, sino también las pulsiones de autoconservación. En *Más allá del principio del placer*, Freud introdujo la gran oposición, que mantendría hasta el fin de su obra, entre pulsiones de muerte y pulsiones de vida. Las primeras tienden a la destrucción de las unidades vitales, a la nivelación radical de las tensiones y al retorno al estado inorgánico, que se considera como el estado de reposo absoluto. Las segundas tienden no sólo a conservar las unidades vitales existentes, sino también a constituir, a partir de éstas, unidades más amplias.

Pulsiones del Yo. También llamadas pulsiones de autoconservación, en la primitiva teoría pulsional Freudiana, son aquellas en las que la energía se ubica del lado del Yo en el conflicto defensivo con las pulsiones sexuales.

Pulsiones sexuales. Mociones que para el psicoanálisis van mucho más allá de lo sexual propiamente dicho, o les cabe el término si se entiende la sexualidad o lo sexual en sentido amplio, tal como estaría referido en la noción de erotismo. Como toda pulsión, tiene sus fuentes (zonas erógenas) y sus fines (satisfacción o descarga) consistentes aun bajo la primacía de una zona determinada. Correlativas a las pulsiones e inseparables de ellas se encuentran las representaciones o fantasías que dirigen sus derroteros. En algún momento el juego pulsional sexual se subordina a la primacía genital, al menos en un panorama imaginario, porque en realidad las pulsiones son siempre parciales y, como decíamos, coexisten, aun bajo la primacía de alguna zona, al modo de figura y fondo pulsionales.

Pungofilia. Necesidad de ser pinchado con el fin de obtener placer sexual.

Punible. Que merece castigo.

Punir. Del latín: *punire*. Castigar a un culpable.

Punitivo, va. Del latín: *punitum*, *supino de punire*, *castigar*. Perteneciente o relativo al castigo.

Punto ciego. Área de la personalidad de un individuo que es totalmente desconocida para él. Estas áreas no percibidas están a menudo ocultas por la represión para poder evitar emociones dolorosas. Tanto en la terapéutica de grupo como en la individual, estos puntos ciegos aparecen a menudo en forma indirecta como emociones, intenciones e ideas proyectadas.

Punto "G". Punto de excitación de la sexualidad femenina situado al frente, a cierta profundidad, en la pared interior de la vagina. Debe su nombre a quien lo descubrió, el Dr. Enst

Gräfenberg. Con tal descubrimiento parece zanjada la antigua discusión sobre la existencia de un orgasmo vaginal, distinto al clitorídeo.

Puritanismo. Movimiento que preconiza una actitud de estricto acatamiento a los preceptos morales y religiosos. En lo sexual, impone abstinencia y castidad.

Pusilánime. Del latín: *pusillanimis*. Falto de ánimo y valor para tolerar las desgracias o para intentar cosas grandes.

Putativo, va. Del latín: *putativus*. Reputado o tenido por padre, hermano, etc., no siéndolo.



Quae sunt Caesaris, Caesari. Loc. lat., literalmente, lo que es del César, al César.

Quantum de afecto. Factor cuantitativo postulado como sustrato del afecto vivido subjetivamente, para designar lo que permanece invariable en las diversas modificaciones de éste: desplazamiento, separable de la representación, transformaciones cualitativas. El término “quantum de afecto” es uno de los que expresan la hipótesis económica de Freud. El mismo sustrato cuantitativo se designa igualmente por términos tales como los de “energía de catexis», “fuerza pulsional”, “empuje de la pulsión”, o “libido”, cuando la pulsión sexual es la única que interviene. El término “quantum de afecto” Freud lo utiliza casi siempre cuando trata del destino del afecto y de su independencia con respecto a la representación.

Querellante. Dícese del sujeto con marcada tendencia patológica a plantear querellas, estar referido constantemente a las leyes y la legalidad y fantasear procesos por causas inconscientes o nimias.

Querulancia. Tendencia patológica a erigirse en vindicador de injusticias fantaseadas o reales que toma como su responsabilidad o cargo, resolver. Es uno de los síntomas de estructuras paranoides y las acompaña de una intensa carga pasional o exaltación.

Quetiapina, fármaco. Antipsicótico atípico. Indicaciones: la quetiapina se sugiere para el tratamiento de pacientes con esquizofrenia, incluyendo primer episodio psicótico, exacerbaciones agudas y otras afecciones psicóticas, en las cuales predominan los síntomas positivos como alucinaciones e ideas delirantes.

Qui scribit, bis legit. Loc. lat., literalmente, “quien escribe, lee dos veces”.

Quid pro quo. Loc. lat., literalmente, una cosa por otra.

Quid prodest. Loc. lat., literalmente, “¿de qué aprovecha?, ¿a quién beneficia?”.

Quinunolagnia. Excitación sexual por ponerse en situaciones de peligro.

Quiroerastia. Masturbación.

Quo vadis? Loc. lat., literalmente, ¿a dónde vas?

Quod natura non dat, Salmantica non praestat. Loc. lat., literalmente, lo que la naturaleza nos ha negado, no nos lo puede proporcionar Salamanca”.

Quod scripsi, scripsi. Loc. lat., literalmente, lo escrito, escrito está.

Quod tibi fieri non vis, alteri ne feceris. Loc. lat., literalmente, lo que no quieras para ti, no lo hagas para otro.

Quórum. Voz latina que expresa el número de individuos necesario para que un cuerpo deliberante tome ciertos acuerdos; proporción de votos favorables para que haya acuerdo.



R.S.I. En este orden, R.S.I., las iniciales de lo real, lo simbólico y lo imaginario le aportaron a Lacan, desde el seminario de 1973, “los puntos de referencia algebraicos de una escritura ‘borromea’” de las dificultades que plantea a la epistemología del psicoanálisis la crítica, que le es propia, de la noción de relación. La paradoja que enfrentamos consiste, en efecto, en representar esas tres instancias en su situación de “no-relación”, y la construcción «borromea» atiende a ello, en cuanto los nudos con los que constituye su trama nunca se asocian en una relación dual, sino que se ligan siempre en virtud de su dependencia como de un «tercer» nudo. Cada uno de los nudos “borromeos” interviene entonces en tanto que agujero, para dejar pasar el hilo que sostiene, en cada una de las parejas de “nudos de hilo” considerados de entrada, su articulación con el tercero y la posibilidad de su “calce”. Más precisamente, se tratará de especificar el agujero de lo real, el agujero de lo simbólico y el agujero de lo imaginario. El primero, el de lo simbólico, se definirá por la “insistencia”, en virtud de la cual la cadena metonímica de la palabra se desarrolla desde sus propias lagunas. El segundo, el de lo imaginario, se caracteriza por la “consistencia”, de la cual la imagen especular nos proporciona la primera ilustración. El agujero de lo real, por la “existencia” es decir, por la referencia de todo real a un “fuera de sí”. A partir de esto, los procesos de la inhibición, el síntoma y la angustia serán figurables como sectores intermedios de las tres instancias del R.S.I.: la inhibición, como proyección de lo imaginario sobre lo simbólico; el síntoma, como proyección de lo simbólico sobre lo real, y la angustia, como proyección de lo imaginario sobre lo real.

Rabdofilia. Excitación al ser flagelado o castigado.

Rabdofofia. Temor enfermizo a los azotes y a los instrumentos de castigo con apariencia fálica.

Rabdomiólisis. Necrosis de masas musculares con liberación de proteínas musculares a la circulación que conducen a una obstrucción de los túbulos renales produciendo una insuficiencia renal aguda que puede ser mortal.

Racionalización. Mecanismo de defensa, uno de los más característicos, y que radica en los intentos del sujeto por otorgar una significación “racional” compartida por el consenso social, acorde a la ética, en suma, aceptable para sí y para otros, de motivaciones inconscientes que le son ajenas.

Racionalismo morbos o mórbido. Son preocupaciones que convocan la atención del paciente, que se expresan a través de un modo pseudológico y contranatural, con abundantes giros retóricos, con usos de silogismos y formulaciones matemáticas, físicas y químicas que dan la apariencia de una producción profunda cuando en realidad es algo muy vacío, vago y abstracto. Una variante del mismo es el geometrismo morbos en el cual la realidad se desvitaliza a través de la expresión en planos, figuras simétricas y dibujos rígidos. Este signo es muy frecuente en las formas de comienzo de la Esquizofrenia y hace que los padres refieran que su hijo es muy inteligente.

Racismo. Afirmación de la superioridad y privilegios de la raza a la que se pertenece y desprecio o persecución de las demás, en especial si constituyen minoría numérica o por influjo económico.

Racker, Heinrich [o Enrique] (1910-1961). Médico y psicoanalista argentino. De origen polaco, Heinrich Racker estudió en Viena, donde practicó también el arte de la música. Analizado primero por Jeanne Lampi-De Groot, emigró a la Argentina en 1939, instalándose en Buenos Aires, donde retomó su formación didáctica, primero con Ángel Garma y después con Marie Langer. Miembro de la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA) desde 1947, se interesó por la antropología, la filosofía, la estética y la historia de las religiones, antes de convertirse en un teórico de la contratransferencia y llamar la atención —desde una perspectiva bastante cercana a la de Paula Heimann y Margaret Little— sobre la necesidad de analizarla bien en el curso de la cura didáctica. Cuando murió, se le puso su nombre a un centro de investigaciones y formación en el análisis didáctico, donde también se han estudiado las grandes obras de la historia del movimiento psicoanalítico.

Rado, Sandor (1890-1972). Psiquiatra y psicoanalista norteamericano. Amigo de Sandor Ferenczi y cofundador, en 1913, de la Sociedad Psicoanalítica de Budapest. Perteneció a la generación de los pioneros del freudismo.

Rango. En un estudio estadístico, una medida de variación determinada por los valores extremos. Por ejemplo, en un grupo de personas cuyas edades son 32, 34, 41, 53 y 62 años; en donde el promedio de edades es de 30 el rango es de 32-62 años.

Rango de dosis. Cantidad de medicamento (por ejemplo en mg) que se encuentra entre la mínima dosis efectiva y la máxima dosis efectiva y no tóxica (*A.N.M.A.T.*).

Rank, Otto (1884-1939). Psicoanalista austríaco. Teórico de la renovación de la técnica psicoanalítica que cuestionó de modo radical la cura clásica en provecho de una terapia llamada “activa”, brillante especialista en filosofía, literatura y psicoanálisis aplicado, clínico notable, Otto Rank fue el único autodidacta de los discípulos freudianos de la primera generación. Espíritu independiente, hostil a todos los dogmatismos, fue, lo mismo que Sandor Ferenczi, un artífice de la primera gran disidencia interna en la International Psychoanalytical Association. Escribió obras tan fundamentales como *El mito del nacimiento del héroe*. Rompió con Freud por sus diferentes opiniones en cuanto a la importancia del trauma del nacimiento, que utilizó como base de la psicoterapia breve.

Rapport. Acuerdo armónico y consciente que refleja habitualmente una buena relación entre dos personas. En un grupo, el rapport es la presencia de capacidad de respuesta mu-

tua, que se manifiesta por la reacción espontánea y simpática a las necesidades, sentimientos y actitudes del otro. Contacto afectivo entre dos personas, y especialmente entre terapeuta y paciente, y que posibilita en este último caso el tratamiento. Se dice que en una relación entre dos o más personas hay *rapport* cuando sus pensamientos o sentimientos armonizan entre sí o cuando presentan una serie de puntos de vista compartidos.

Rapto. Del latín: *raptus*. Impulso, acción de arrebatar. Delito que consiste en llevarse de su domicilio, con miras deshonestas, a una mujer por fuerza o por medio de ruegos y promesas engañosos; o tratándose de niña menor de doce años. Por extensión, secuestro de personas con el fin de conseguir un rescate. En la legislación Argentina se contemplan tres modalidades: a) sustracción o retención con miras deshonestas de una mujer mediante el empleo de la fuerza, intimidación o fraude y que se agrava cuando la víctima es mujer casada; b) sustracción o retención de una mujer menor de quince años y mayor de doce con su consentimiento; c) sustracción o retención de una menor de doce años, haya o no mediado su consentimiento.

Rara avis. Loc. lat., literalmente, extraño; fuera de lo común.

Rascovsky, Arnaldo (1907-1995). Médico y psicoanalista argentino. Nacido en Córdoba en el seno de una familia de judíos rusos emigrados a la Argentina, vivió en Buenos Aires desde 1914. Allí se orientó hacia la medicina, y después hacia la pediatría y la endocrinología. En 1936 comenzó a interesarse por el psicoanálisis, leyendo las obras de Sigmund Freud en alemán y, dos años más tarde, conoció a Enrique Pichon-Rivière, con quien trabajaba en el Hospicio de Las Mercedes. Entusiasmados por el psicoanálisis, y con la idea obsesiva de salvarlo del peligro fascista ofreciéndole una nueva tierra prometida, reunieron a su alrededor a una familia de elegidos y pioneros, que constituyó el núcleo fundador del psicoanálisis en la Argentina: entre ellos, Luis Rascovsky, hermano de Arnaldo; Matilde Wencelblat, su esposa; Simon Wencelblat, hermano de ésta; Arminda Aberastury, esposa de Pichon-Rivière, Guillermo Ferrari Hardoy y Luisa Gambier Álvarez de Toledo. Analizado en 1939 por Ángel Garma, Rascovsky fue uno de los fundadores de la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA). Allí presentó un trabajo sobre la sexualidad infantil. Más tarde desempeñó numerosas funciones en la COPAL (futura FEPAL o Federación Psicoanalítica de América Latina), elaboró el concepto de psiquismo fetal y se interesó particularmente en el filicidio.

Rasgo. Pauta de percepción, pensamiento y relación que un sujeto entabla con el medio y con uno mismo. Es la mínima unidad constitutiva de la personalidad. A mayor cantidad de rasgos y cuanto más flexibles sean los mismos, mayor salud poseerá una personalidad determinada. Se habla de rasgos patológicos cuando estos son inflexibles, estereotipados y se ponen en juego en todas las circunstancias. Cuando un sujeto presenta rasgos patológicos se le diagnostica un Trastorno de la personalidad.

Rasgo [o trazo] unario. Concepto introducido por J. Lacan, a partir de Freud, para designar al significante en su forma elemental y dar cuenta de la identificación simbólica del sujeto. Según Freud, cuando el objeto se pierde, el investimento que se dirigía a él es reemplazado por una identificación que es “parcial, extremadamente limitada y que toma solamente un rasgo de la persona objeto” (*Psicología de las masas y análisis del yo*, 1921). A

partir de esta noción freudiana de identificación con un rasgo único, y apoyándose en la lingüística de F. de Saussure, Lacan elabora el concepto de rasgo unario. Según Saussure, la lengua está constituida por elementos discretos, por unidades que sólo valen por su diferencia. En ese sentido, Lacan habla de “ese uno al que se reduce en último análisis la suceso de los elementos significantes, el hecho de que ellos sean distintos y de que se sucedan”. El rasgo unario es el significante en tanto es una unidad y en tanto su inscripción hace efectiva una huella, una marca. En cuanto a su función, está indicada por el sufijo “-ario”, que evoca, por una parte, el conteo (este sufijo se emplea para formar sustantivos de valor numeral) y, por otra parte, la diferencia (los lingüistas hablan de “rasgos distintivos binarios”, “terciarios”).

Rasgo de carácter. Tendencia pregenital original, unas veces persistente y otras transformada o sublimada en una formación reactiva.

Raspaje. Operación quirúrgica de limpiado uterino que puede importar la comisión de aborto. Se lo llama también legrado uterino.

Rastro. Del latín: *rastrum*. Vestigio, señal o indicio de un acontecimiento. Señal, huella que queda de una cosa. En especial, señales de un delito. Indicio. Pista en las investigaciones.

Rato. Matrimonio no consumado. Sin cópula entre los cónyuges.

Razón. Causa o explicación asignada a alguna situación o fenómeno determinados. Totalidad de los procesos intelectuales superiores. Para Kant es la función que junto a la sensopercepción dan origen al conocimiento.

Razón crítica. En un estudio estadístico de 30 o más sujetos se utiliza esta razón para determinar si las diferencias observadas entre dos ítems son mayores que las que podrían esperarse por el azar.

Razón T. En un estudio estadístico de menos de 30 sujetos, la razón que se utiliza para determinar si las diferencias observadas entre dos ítems son mayores de lo que podría esperarse como fruto del azar.

Razonamiento. Betta lo define como el proceso mental que encadena los juicios, guardando entre sí una directa dependencia, en procura del objetivo final que es la comprobación y demostración de una verdad. Este autor distingue tres tipos de razonamientos: a) por deducción; b) por inducción y c) por analogía. Dorsch (1991) cita a Kant, quien consideraba a la razón como la facultad suprema del conocimiento.

Razonamiento dinámico. Formación de todos los datos clínicos obtenidos por anamnesis libre dentro de una reconstrucción psicológica del desarrollo del paciente. Término utilizado por Franz Alexander.

Razonamiento silogístico. Dorsch señala que es el “proceso mental llevado a cabo según las reglas de la lógica desde principios superiores (premisas) a la conclusión”.

RDC. Abreviatura de Research Diagnostic Criteria. Los Criterios Diagnósticos de Investigación constituyen un catálogo de 25 alteraciones clínicas, definidas sobre la base de criterios operacionales, que fue desarrollado por autores pertenecientes al movimiento neokraepeliniano y que sirvió de base para el DSM-III y las versiones posteriores.

Rea. Entre los griegos, diosa de la tierra. Representa lo femenino.

Reacción. 1.- Dorsch (1991) lo define como una “conducta de respuesta a un estímulo o a una situación de estímulo en forma de movimientos, actos complejos o procesos emocionales, con sus manifestaciones”. 2.- Bonnet, citando a Schneider, esquematiza en el terreno de la psicopatología dos clases de reacciones: “1) la del cerebro como órgano frente a las agresiones exógenas. Esta es “la reacción exógena de Bonhoeffer; 2) la del ‘Alma’ (en el sentido de anímico) también llamada ‘reacción vivencial’ o reacción endógena”. 3.- El mencionado tratadista, citando a Kretschmer, señaló que “se denomina reactivo a un estado psíquico procedente de una vivencia”. Siendo en consecuencia “la reacción vivencial (...) la respuesta psíquica a una vivencia, y esta reacción podrá ser normal o anormal”.

Reacción a estrés agudo. La cuestión acerca de una categoría autónoma de reacción a estrés o trauma incluyendo no sólo las reacciones crónicas sino también las agudas no ha sido nueva en la Psiquiatría, donde recibían la denominación de Reacciones Anormales. Dentro del campo de las reacciones agudas H. Ey las clasificaba en tres tipos: a) Crisis confuso-ansiosas: dominadas por agitación, confusión y estupor donde pueden ocurrir, según Binder, reacciones en “cortocircuito”; b) Crisis histero-ansiosas: caracterizadas por paroxismos emocionales con una vertiente somática. Pueden junto a los síntomas neurovegetativos haber alteraciones crepusculares de la conciencia; c) Crisis de angustia psicósomática. Es importante considerar que para Gisbert Calabuig estas reacciones psicógenas agudas son reversibles y transitorias con *restitutio ad integrum*. El DSM-IV no ha reconocido un lugar específico para estas reacciones, debiendo ser ubicadas las mismas en los Trastornos de Adaptación, en el Estrés Postraumático o en el Estrés Agudo. Esta situación la mantiene desde el DSM-III (1980) puesto que anteriormente seguía a las clasificaciones de la OMS y las contemplaba como Disturbios de la Personalidad Transitorios (DSM-I, 1952) o Reacciones de desajuste (DSM-II, 1968). Sin embargo la OMS no ha abandonado tales cuadros sin un lugar específico dentro de la nosotaxia, encuadrándolas en la décima edición de su Clasificación Internacional de Enfermedades dentro del capítulo de Reacción Grave a estrés y trastornos de adaptación bajo el nombre de Reacción Aguda al Estrés. Este cuadro se caracteriza por ser un trastorno transitorio significativo que aparece en un individuo mentalmente sano en apariencia, como respuesta a un estrés físico o psicológico agudo cuya duración se acota a horas o días. Esta noción se relaciona con la “reacción a estrés de combate” descrita en ambas guerras mundiales. Esta categoría presenta utilidad clínica pero no en la investigación, puesto que la sintomatología según las distintas propuestas ha resultado pleomórfica. De manera tal que tiende a ser definida como la reacción que impide, el normal funcionamiento o el esperado, según la tarea específica (en situación bélica la tarea será combatir).

Reacción adaptativa. Cualquier reacción apropiada a la situación, es decir, que promueve los procesos vitales del organismo.

Reacción adversa. Cualquier manifestación nociva, clínica y/o biológica imputable (de acuerdo con criterios establecidos de imputabilidad), a un medicamento y/o especialidad medicinal, que ocurre a la/s dosis habitualmente utilizada/s en el ser humano para la profi-

laxis, diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o para la modificación de funciones fisiológicas. En los estudios clínicos, las alteraciones causadas por sobredosis, abuso/dependencia e interacciones con cualquier otro principio activo, medicamento, especialidad medicinal, alimento, etc., se deberá considerar reacción adversa.

Reacción adversa grave. Evento adverso serio.

Reacción de estrés o reacción situacional aguda. Reacción emocional grave consecuente a un estrés ambiental extremo, tal como la muerte, una catástrofe o situaciones vitales similares.

Reacción defensiva. Fuerza o resistencia que aleja de la conciencia los procesos psíquicos inaceptables para el Yo o el Super Yo.

Reacción depresiva psicótica. Estado de depresión que se acompaña de ideas delirantes de ruina, inutilidad o hipocondríacas.

Reacción de puesta en marcha. Respuesta refleja a un estímulo brusco intenso, que consiste en una respuesta motora difusa que incluye movimientos de reflexión del tronco y de las extremidades (de ahí que en alemán se llame reflejo *Zusammwn schrecken*) y que se asocia a un aumento brusco del nivel de conciencia. Se da en individuos normales y en las neurosis de angustia agudas.

Reacción diferida. Reacción que no se presenta inmediatamente después de la aparición del estímulo o situación, sino después de cierto tiempo.

Reacción exógena de Bonhoeffer. Es la reacción del cerebro como órgano frente a reacciones externas siendo el síndrome confusional agudos su exteriorización clínica más frecuente.

Reacción terapéutica negativa. Este es un elemento de singular dificultad que se presenta igualmente en un final de análisis y que consiste en un agravamiento o empeoramiento de los síntomas previos o la aparición de otros como si el analizado no quisiera dejar el análisis y creara para ello justificaciones sintomáticas concretas. Si bien son esperables y casi normales, deben ser trabajadas como un material más con características transferenciales.

Reaccionario. Dícese de aquel “anclado” firmemente en posiciones o actitudes que se niega a abandonar, más allá del beneficio que le procuraría hacerlo. Sinónimo de dogmatismo y de conservadurismo.

Reactancia. Vander Zanden, J. denomina así al estado motivacional de un individuo dirigido a la restauración o salvaguardia de su libertad.

Reactiva [formación]. Comportamiento o proceso psíquico de defensa, con valor de síntoma, movilizad por el sujeto como reacción a ciertos contenidos o deseos inconscientes. La formación reactiva expresa sobre todo de una manera manifiesta el componente defensivo del conflicto. Mientras que, en la formación de compromiso, las dos fuerzas que se han separado se encuentran de nuevo en el síntoma, en la formación reactiva es el proceso de defensa el que predomina en su oposición sistemática al surgimiento de mociones pulsionales reprimidas. En este sentido, la formación reactiva tiene su origen esencialmente en el Super Yo.

Reactuación. En psicodrama, es la actuación de una experiencia pasada como si ocurriese en el presente, de modo que la persona pueda sentir, percibir y actuar como lo hizo la primera vez.

Real. Elemento fundamental de la teoría lacaniana, es uno de los tres registros junto con lo simbólico y lo imaginario. Lo Real como tal es inaccesible, impermeable a los significantes que quisieran simbolizarlo; es, por lo tanto, “sin fisuras”. Sin embargo, lo simbólico “atraviesa” de algún modo lo real, lo hiende, porque de alguna manera las palabras “crean” y “crean” en un real que sin ellas no advertiría siquiera como posibilidad. Es por definición lo “fuera del lenguaje”, aunque este lo mente o lo lamente si hablamos de padecimientos significantes. También para Lacan es lo imposible, incapaz de ser simbolizado e incluso imaginado, de allí su carácter traumático para el sujeto cuando se producen “encuentros” con lo Real. Está más allá de lo imaginario y lo simbólico, aunque sea un registro no “registrable” salvo por sus efectos, como cuando se dice que lo forcluido o lo reprimido “retorna desde lo real” del síntoma.

Realidad (principio de). Principio que junto con el placer, rige de alguna manera el funcionamiento y las conductas del sujeto, ya que si el placer busca salida o descargas rápidas y perentorias para lograr la satisfacción pulsional, el principio de realidad, posterga, mediatiza y hace posibles las descargas pulsionales en acuerdo con lo permitido, lo posible y aquello que no tenga consecuencias demasiado problemáticas para el sujeto. Si fuera todo principio de placer sin el contrapeso del de realidad, ningún sujeto podría vivir en sociedad o todo sería un caos sin límite alguno. Para S. Freud, la instancia sede del principio de realidad es el Yo, obligado en su función de mediador entre las pulsiones, el Super Yo y la realidad externa, a operar de modo tal de lograr satisfacer un poco a cada una de las instancias sin generar demasiado sufrimiento en el trayecto.

Realidad psíquica. Término psicoanalítico que se refiere a aquello de lo real que el sujeto vivencia como realidad mediada por su cultura, valores, historia, momento evolutivo, fantasías y deseo. En este sentido se diferencia de realidad objetiva, que para el psicoanálisis no sería más que un ideal teórico, ya que la realidad es siempre subjetiva, o en todo caso es la manera en que cada sujeto vivencia y percibe la realidad.

Realidad. Watzlawick sostiene que no existe una realidad absoluta, sino tan sólo visiones o concepciones subjetivas, y en parte totalmente opuestas, y que ingenuamente se las supone la verdadera realidad. Este autor distingue dos tipos de realidad: la de primer orden y la de segundo orden. La primera se refiere a lo puramente objetivo, físico, medible y verificable. Por ejemplo: la ballena es un mamífero o el oro tiene la propiedad de ser maleable y dúctil. En cambio, la segunda tiene relación con lo subjetivo, con los valores, significados o interpretaciones que asignamos a ciertos acontecimientos o cosas. El oro puede significar cosas distintas para distintas personas. Esas personas pueden diferir así en cuanto al valor que le asignan, aunque todas ellas estarán de acuerdo en sus aspectos objetivos y verificables (maleabilidad, etc.). En el ámbito de la realidad de segundo orden resulta, por lo tanto, absurdo discutir sobre lo que es “realmente” real, siendo ilusorio pensar que la realidad de segundo orden pueda ser “real”. Watzlawick ilustra la tesis de la relatividad de la realidad con la novela *Planolandia*, de cuyo análisis concluye que un as-

pecto de la madurez humana se refiere a la capacidad de poder vivir con verdades relativas, con preguntas sin respuestas, con la sabiduría de “no saber nada” y con las paradojales incertidumbres de la existencia. Totalidad de las cosas objetivas y acontecimientos fácticos. La realidad incluye todo lo que es percibido por los sentidos especiales de una persona y es validado por otras personas.

Realismo. Calificación que les cabe a diversas concepciones de mundo y sistemas filosóficos, para los cuales el mundo exterior existe realmente tal como es percibido de manera objetiva. Se opone al idealismo y al nominalismo, y en el campo de la estética plantea que la belleza es la reproducción exacta de lo real incluso en lo que tiene de desagradable u horrible. En el campo de la pintura, uno de sus primeros sostenedores fue Gustave Courbet.

Realización simbólica. Llámese así a lo que la psicoanalista M.A. Sechehaye definiera como un método de tratamiento de la esquizofrenia con el fin de dar reparación a los déficit afectivos sufridos por estos pacientes en su temprana infancia. Se intentaba con esto introducir simbólicamente una satisfacción a lo que faltó en los inicios.

Reasumir la jurisdicción. Der. Suspender el superior o quitar por algún tiempo la que otro tenía, ejerciéndola por sí mismo en el conocimiento de un negocio.

Reatribución. Técnica cognitiva donde en lugar de condenarse a sí mismos por problemas que escapan a su control, los pacientes identifican todos los factores que contribuyen al problema. Pueden utilizar su energía para resolver problemas o aprender de ellos mismos, en lugar de sentirse derrotados y culpabilizados.

Rebato. Del árabe: *ribat*, ataque repentino. De improviso, repentinamente.

Rebeldía. Acción propia del rebelde. Der. Estado procesal del que, siendo parte en un juicio, no acude al llamamiento que formalmente le hace el juez o deja incumplidas las intimaciones de este.

Reca, Telma (1904-1979). Psiquiatra argentina. De recordada actuación en el Instituto de Pediatría y en la Facultad de Filosofía de la Universidad de Buenos Aires. Publicó: *Delincuencia infantil* (1932), *Psicoterapia de la infancia* (1952). Es autora del proyecto de creación del Instituto de Psicología y Psicopatología Infantil.

Receptor. 1.- Neurofisiología. Estructuras proteicas que se encuentran en la membrana de las neuronas y que sirven como entes de reconocimiento de la sustancia neurotransmisora. Una vez que el neurotransmisor se une a ellos se inicia el proceso de transducción de la señal en el interior de la neurona. Los receptores pueden ser de tres tipos básicos: ionotrópicos, metabotrópicos y el receptor con actividad de la tirosina quinasa en función del tipo de segundos mensajeros que utilicen. 2.- Farmacología. Estructuras sobre las cuales se ligarán las drogas para activarlos y ejercer un efecto de calidad similar al que se hubiera producido como consecuencia de la interacción con su ligando natural o un efecto de signo opuesto al que se hubiera producido en condiciones fisiológicas. 3.- Ciencias de la Comunicación. El destinatario de los mensajes discursivos.

Receptor ionotrópico. Kandel, Schwartz y Jessell (2000) lo definen como “un receptor postsináptico que consta de varias subunidades (frecuentemente cinco), que incluye un elemento de reconocimiento (por ejemplo, el lugar de unión del transmisor) como al ca-

nal iónico. Estos receptores pertenecen a una gran familia de proteínas descendentes de un progenitor común y se componen de subunidades que atraviesan la membrana para formar un poro hidrófilo, el canal iónico. En contraposición a los receptores metabotrópicos, que activan a los canales iónicos indirectamente, mediante mensajeros intracelulares, los receptores ionotrópicos activan a los canales iónicos directamente”.

Receptor metabotrópico. Kandel, Schwartz y Jessell (2000) lo definen como “un receptor postsináptico que consta de una sola subunidad, la cual tiene siete dominios transmembrana, y se acopla con las proteínas G, las cuales activan a los segundos mensajeros intracelulares que afectan a los canales iónicos y a otros objetivos dentro de la célula. Buenos ejemplos son los receptores muscarínicos de la acetilcolina, los receptores metabotrópicos del glutamato, la serotonina y el receptor β -adrenérgico”.

Receptor metabotrópico del glutamato. Kandel, Schwartz y Jessell (2000) lo definen como “un tipo de receptores metabotrópicos del glutamato que afecta a varias vías de segundo mensajero intracelulares (...). Los otros dos tipos de receptores del glutamato son: el receptor NMDA y el receptor no NMDA”.

Recesivo. Gen cuya información es débil y no siempre logra manifestarse en el fenotipo. Se simboliza con letra imprenta minúscula a.

Rechazo. Mecanismo psíquico involuntario por el cual se impide la exteriorización de recuerdos o emociones.

Rechazo parental. Negación de afecto o atención a un niño por uno de sus padres o por ambos. El niño, a la vez, desarrolla una gran hambre de afecto y hostilidad que se dirige o bien hacia fuera en forma de rabietas, etcétera, o bien hacia adentro, hacia sí mismo, en forma de alergias, etcéteras.

Rechazo sexual. La perspectiva de interacción sexual con una pareja se acompaña de intensos sentimientos negativos y produce la suficiente ansiedad y miedo como para evitar la actividad sexual (*CIE 10*).

Reclusión mental. Proceso legal por el cual una persona es recluida en un hospital de salud mental, habitualmente contra su voluntad.

Reclusión. Del latín: *reclusio*, *-onis*. Encierro o prisión voluntaria o forzada. Sitio en que uno está recluido.

Recombinación. Aparición en la descendencia de caracteres hereditarios que no están en los progenitores.

Reconocimiento. Capacidad para identificar un cierto número de elementos de un conjunto aprendido anteriormente.

Reconstrucción. Fenómeno por el que los recuerdos vuelven a la memoria por estímulos conectados a acontecimientos del pasado.

Reconvención. Reclamación judicial que, al contestar la demanda, hace el demandado a la persona del actor. Es una contrademanda.

Recopilación. Compendio, resumen o reducción breve de una obra o un discurso. Colección de escritos diversos.

Recriminar. Responder a cargos o acusaciones con otros u otras.

Recuerdo. Proceso de iniciar o despertar una imagen o experiencia mnémica. Imagen mné-

mica complicada o sucesión sistemática de estas imágenes. Reproducción de algo vivido o aprendido anteriormente.

Recuerdo delirante. Idea delirante primaria que consiste en la reconstrucción delirante de un recuerdo real, o bien en que, de pronto, el paciente “recuerda” algo que es claramente delirante.

Recuerdo encubridor. En la teoría psicoanalítica denominase así a los recuerdos infantiles claros y nítidos y aparentemente insignificantes que aparecen en el discurso del paciente en análisis. Desmontándolos surgen, en muchos casos, otros significativos e inconscientes que estaban bajo estos o cubiertos por los mismos, ya que en realidad los recuerdos encubridores son una transacción o formación de compromiso entre el deseo y la defensa.

Recuerdo pantalla. Recuerdo que sirve para ocultar otro recuerdo asociado doloroso.

Recurrente. Del latín: *recurrens, -entis*. Que recurre. Dícese de lo que vuelve a ocurrir o a aparecer, especialmente después de un intervalo. Persona que entabla o tiene entablado un recurso. Que reaparece o se repite tras cierto intervalo de tiempo.

Recurrir. Del latín: *recurrere*. 1.- Acudir a un juez o autoridad con una demanda o petición. 2.- Acogerse en caso de necesidad al favor de uno, o emplear medios no comunes para el logro de un objeto. 3.- Volver una cosa al lugar de donde salió. 4.- Der. Entablar recurso contra una resolución. 5.- Med. Reaparecer una enfermedad o sus síntomas después de intermisiones (*Dicc. Real Acad. Española*).

Recurso. Del latín: *recursus*. 1.- Acción y efecto de recurrir. 2.- Medio de cualquier clase que, en caso de necesidad, sirve para conseguir lo que se pretende. 3.- Memorial, solicitud, petición por escrito. 4.- Der. Acción que concede la ley al interesado en un juicio o en otro procedimiento para reclamar contra las resoluciones, ora ante la autoridad que las dictó, ora ante alguna otra. 5.- Der. El que se interpone contra las resoluciones de la administración activa que reúnen determinadas condiciones establecidas en las leyes (*Dicc. Real Acad. Española*).

Recurso de aclaración. El que se interpone para obtener del sentenciador que explique el pronunciamiento que se nota oscuro o deficiente.

Recurso de amparo. El estatuido por algunas constituciones modernas, europeas y americanas, para ser tramitado ante un alto tribunal de justicia, cuando los derechos asegurados por la ley fundamental no fueren respetados por otros tribunales o autoridades.

Recurso de apelación. El que se entabla con el fin de que una resolución sea revocada, total o parcialmente, por tribunal o autoridad superior al que la dictó.

Recurso de reforma, o de reposición. El que se interpone para pedir a los jueces que reformen sus resoluciones, cuando éstas no son sentencias.

Recurso de responsabilidad. El que se interpone para exigir a los jueces y tribunales la civil o criminal en que hayan incurrido por actos u omisiones no subsanables mediante otros recursos ordinarios.

Récurso de revisión. El que se interpone para obtener la revocación de sentencia firme en casos extraordinarios determinados por las leyes.

Recusar. Del latín: *recusare*. 1.- No querer admitir o aceptar algo. 2.- Der. Poner tacha legí-

tima al juez, al oficial, al perito que con carácter público interviene en un procedimiento o juicio, para que no actúe en él (*Dicc. Real Acad. Española*).

Red. Trama de relaciones sociales que parten de un individuo relacionándolo en forma directa a otros y, a través de éstos, indirectamente a muchos más. Comprende a las personas del ambiente del paciente con las cuales está conectado íntimamente. Incluye a menudo la familia nuclear, la familia ampliada, la órbita de los parientes y amigos y los contactos laborales y recreacionales. S.H. Foulkes cree que esta red de interacción dinámica tiene una significación fundamental en la producción de la enfermedad en el paciente.

Red social. Es el campo total de relaciones de una persona, una familia o un grupo de personas: miembros de la familia, vecinos, amigos y otros capaces de aportar una ayuda y contención duradera a un individuo o a una familia. Es, en síntesis, un capullo alrededor de una unidad familiar que sirve de almohadilla entre ésta y la sociedad.

Reexperimentación. Es el revivir lo desagradable y displacentero del trauma a través de una serie de síntomas (recuerdos intrusos, pesadillas, flashbacks, malestar psicológico y fisiológico al recordar el suceso).

Reflejo. 1.- Reacción automática o involuntaria a un determinado estímulo. En estos la información es recogida por los nervios sensoriales que lo conducen al sistema nervioso central y allí se transforma en una respuesta de salida que podrá ser motora, glandular o psicconductual. Reflejo, espinal. 2.- Kandel, Schwartz y Jessell (2000) lo definen como un “movimiento involuntario desencadenado por las aferencias sensoriales y producido por circuitos neuronales que se circunscriben a la médula espinal”.

Reflejo condicionado. Respuestas evocadas por estímulos que habitualmente resultarían neutros para tales respuestas, pero que por un proceso de condicionamiento han adquirido dicha capacidad evocadora. El ejemplo académico clásico es el perro de Plavov que saliva ante el sonido de una campanilla.

Reflejo incondicionado. Respuesta automática a un estímulo, tal como salivación después de ver comida.

Reflejo de estiramiento. Kandel, Schwartz y Jessell (2000) lo definen como un “reflejo monosináptico mediado por husos musculares y neuronas motoras gama, que provoca la contracción de las fibras intrafusales cuando se estira un músculo”.

Reflejo polisináptico. Kandel, Schwartz y Jessell (2000) lo definen como un “un reflejo mediado por más de una conexión sináptica en SNC”.

Reflejo psicogalvánico [RPG]. Modo de medir la respuesta de una persona a algunos estímulos emocionales por medio de la resistencia de su piel a la corriente eléctrica.

Reforzador. Todo estímulo que aumenta la frecuencia o probabilidad de una respuesta.

Refuerzo. Cualquier estímulo que aumenta la probabilidad de que se produzca una cierta clase de respuesta. En el condicionamiento clásico, el refuerzo se utiliza para provocar una cierta respuesta; en el condicionamiento operante, él es posterior a una determinada conducta.

Registro. V. Memoria.

Regla. Del latín: *regula*. 1.- Instrumento de madera, metal u otra materia rígida, por lo común de poco grueso y de figura rectangular, que sirve principalmente para trazar líneas rec-

tas, o para medir la distancia entre dos puntos. 2.- Aquello que ha de cumplirse por estar así convenido por una colectividad. 3.- Conjunto de preceptos fundamentales que debe observar una orden religiosa. 4.- Estatuto, constitución o modo de ejecutar una cosa. 5.- Precepto, principio o máxima en las ciencias o artes. 6.- Razón que debe servir de medida y a la que se han de ajustar las acciones para que resulten rectas. 7.- Orden y concierto invariable que guardan las cosas naturales.

Regla fundamental. Regla que estructura la situación analítica: se invita al analizado a decir lo que piensa y siente, sin seleccionar nada y sin omitir nada de lo que le venga a la mente, aunque le resulte desagradable comunicarlo o le parezca ridículo, carente de interés o inoportuno. La regla fundamental establece como principio del tratamiento psicoanalítico el método de la asociación libre.

Reglas M'Naughten. Conjunto de reglas establecido en 1843, en Inglaterra, para determinar la responsabilidad criminal basándose en la capacidad de la persona para diferenciar entre el bien y el mal.

Regla mnemotécnica. Es una estrategia cognitiva utilizada para apuntalar el funcionamiento de la memoria.

Regresión. Del latín: *regressio*, -onis. Retrocesión o acción de volver hacia atrás. Psicol. Retroceso a estados psicológicos o formas de conducta propias de etapas anteriores, a causa de tensiones o conflictos no resueltos. Desde el punto de vista psicoanalítico se concibe la regresión como un camino en dirección a un desarrollo como proceso. Entonces, en sentido temporal es volver a otro tiempo (conductual, actitudinal, libidinal, etc.) o a un estado de funcionamiento previo a los actuales. En este sentido hay regresión cuando el sujeto vuelve a fijaciones libidinales previas, a modalidades de relación de objeto, a identificaciones, etc., antiguas o supuestamente superadas por él. En sentido formal, implica una vuelta a modalidades expresivas o conductuales características de un nivel inferior o anterior en cuanto a complejidad estructural o expresiva. Es interesante observar que etimológicamente equivale a volver hacia atrás en sentido lógico-formal o temporal.

Rehabilitación. 1.- Acción y efecto de rehabilitar o rehabilitarse. 2.- Der. Acción de reponer a una persona en la posesión de lo que le había sido desposeído. 3.- Der. Reintegración legal del crédito, honra y capacidad para el ejercicio de los cargos, derechos, dignidades, etc., de que alguien fue privado. 4.- Terap. Conjunto de métodos que tiene por finalidad la readquisición de una actividad o función perdida o disminuida por traumatismo o enfermedad.

Rehén. Del árabe, *rahn*, prenda. Persona retenida por alguien como garantía para obligar a un tercero a cumplir determinadas condiciones.

Reik, Theodor [1888-1969]. Psicoanalista norteamericano. Eminentemente profesional del psicoanálisis aplicado, tenía por su maestro Sigmund Freud una veneración tal que no podía evitar imitarlo en todas las cosas. Se vestía como Freud, se recortaba la barba como Freud y fumaba los mismos cigarros que Freud. Por ello, en el primer círculo vienés le pusieron el nombre de "símil Freud". Freud quería a este hombre neurótico, siempre en busca de un padre, a quien adoptó como hijo espiritual. Freud lo mantuvo, enviándole una mensualidad, y pagó también su análisis con Abraham. Al volver de la Primera Guerra Mundial, durante la cual sirvió en el ejército austríaco, Reik comenzó a padecer trastornos car-

díacos; a menudo sintió el terror de estar al borde de la muerte. Freud aceptó entonces tomarlo en análisis para una cura interminable que se desarrolló en dos tiempos. En 1925 estalló el escándalo por el juicio por ejercicio ilegal de la medicina, que iba a hacer célebre a Reik y a provocar una verdadera tempestad en el seno del movimiento psicoanalítico internacional, oponiendo sobre todo a europeos y norteamericanos. Acusado judicialmente porque practicaba el psicoanálisis sin ser médico, Reik fue respaldado por Freud, quien publicó en esa oportunidad una obra, *¿Pueden los legos ejercer el análisis?*, en la cual asumió la defensa de los no-médicos, subrayando el carácter lego de la práctica psicoanalítica. El asunto tomó pronto una amplitud considerable en el interior de la International Psychoanalytical Association (IPA), al punto de dividir a la comunidad freudiana: de un lado estaban los partidarios del psicoanálisis llamado médico (en general, norteamericanos) y del otro sus adversarios (sobre todo europeos), apoyados por Marie Bonaparte. Salpicado por el tumulto, Reik se instaló en Berlín en 1928, con la esperanza de hacer carrera en esa ciudad. Pero la llegada de los nazis al poder lo obligó a emigrar, primero a Leyden, Holanda, y más tarde a Nueva York; adonde llegó en junio de 1938, después de haber visitado por última vez a Freud, a la vez exiliado en Londres. En el continente americano sus dificultades continuaron. A pesar de su notoriedad, Reik, que seguía sin título de médico, nunca pudo incorporarse a la New York Psychoanalytic Society (NYPS). Lo mismo que otros psicoanalistas emigrados (Wilhelm Stekel y Franz Alexander en particular), impugnó los principios ortodoxos de la cura y preconizó la humanización de la técnica, desarrollando la tesis de la “tercera oreja”, según la cual el analista debe jugar con su intuición en la relación contratransferencial con el paciente. Murió de una crisis cardíaca.

Relación de objeto. Alude a la relación del sujeto con los objetos marcada por el deseo, la represión, la fantasía, la etapa libidinal, etc. Es la modalidad resultante de todos esos elementos mencionados en interacción con lo real. Si bien alguna vez fue mencionada por Freud, nunca hizo un desarrollo teórico puntual de esto; la que sí lo hizo fue M. Klein y sus discípulos, que le dieron una importancia central.

Relación figura-fondo. En la percepción se tiende a aislar uno o más objetos (figuras) del campo perceptual (fondo). La relación figura-fondo consiste en percibir una figura de forma o pautas bien definidas, que se distingue del fondo indeterminado y amorfo.

Relación médico-paciente. Intercambio humano que existe entre la persona que está enferma y la persona elegida para curarla debido a su adiestramiento y experiencia.

Relación sadomasoquista. Relación en la cual el gozo de sufrir de una persona y el gozo de infligir dolor de la otra son atracciones importantes y complementarias para ellas.

Relaciones objetales. Refiere a la trama de complejas vinculaciones de los sujetos y sus objetos, teñidas por el deseo y las fantasías que las sustraen.

Relata refero. Loc. lat., literalmente, “como lo cuentan lo cuento”.

Renegación. Psicoanalíticamente es el modo de estructuración presente en la Perversión, donde lo renegado es la ausencia de pene en la madre. A través de este mecanismo el sujeto intenta desconocer una percepción traumática tal como lo es la de la castración, y estructura su vida en diversos planos en función de esta renegación.

Renifleurismo. Excitación debida al olor de la orina.

Reparación. Mecanismo descrito por Melanie Klein en virtud del cual el sujeto intenta reparar los efectos de sus fantasmas destructores sobre su objeto de amor. Este mecanismo va ligado a la angustia y a la culpabilidad depresivas: la reparación fantasmática del objeto materno, externo e interno, permitiría superar la posición depresiva asegurando al Yo una identificación estable con el objeto benéfico.

Repetibilidad. Condiciones en las que los resultados o valores observados en las pruebas analíticas se obtienen utilizando el mismo método analítico aplicado al mismo material de análisis, en el mismo laboratorio, por el mismo operador, utilizando el mismo equipamiento, dentro del más corto espacio de tiempo (*A.N.M.A.T.*).

Repetición. Mecanismo inconsciente característico, que produce en los sujetos la reiteración de la angustia ante situaciones que atribuyen al destino o la suerte adversa, empeñados en hacerlo atravesar de forma más o menos cíclica padeceres de los que no puede dar cuenta. Las “neurosis de destino” ejemplifican esta cuestión repetitiva, cuando nos encontramos con sujetos que han sido engañados por sus socios de forma reiterada, otros con infidelidades padecidas repetidas veces y demás elementos que podría atribuir al azar sin haber hecho nada para ello. Si bien Freud trabajó estos temas de la “compulsión a la repetición” en textos como *Los Siniestro* o *Más allá del principio del placer*, es J. Lacan quien ha hecho aparecer allí toda la cuestión de la cadena significante que “encadena” al sujeto a la repetición de un plus de goce que vuelve una y otra vez poniendo en jaque al “principio de placer”. Por eso la repetición es de algún modo la nota definitoria de la cadena significante inconsciente de cada sujeto.

Repetición [compulsión del]. ¿Por qué nos vemos forzados a la repetición? Freud no cesó la cuestión de la compulsión a la repetición. Lo que él así funcionó como motor de sus reflexiones más audaces. Éstas provocaron vuelcos radicales en la teoría psicoanalítica, como se puede verificar sobre todo en sus textos *Lo ominoso*, de 1919, y *Más allá del principio de placer*, de 1920. Lacan reconoce la importancia singular de este concepto, puesto que dice que la repetición es la novedad freudiana.

Reprender. Censurar a una persona su comportamiento, echarle en cara su conducta. Acriminarse dos o más personas; hacerse cargos las unas a las otras.

Representabilidad [consideración a la]. Se denomina así a la exigencia formal a la que son sometidos los materiales del sueño a los fines de su presentación en ellos. Tal trabajo del sueño pasa por verter en imágenes deseos, palabras, situaciones y angustias, en vistas a su figurabilidad. En el sueño todo es imágenes, incluso las palabras o los dichos son presentados de ese modo, razón por la cual es un ámbito ideal para mostrar el modo de operación de lo imaginario, aun incluso para extraer a través del análisis las implicancias deseantes que subyacen a esta figuración. El sueño tiene leyes de funcionamiento; la condensación y el desplazamiento junto con la figurabilidad o la consideración a la representabilidad son parte de esa gramática onírica e incluso de su sintaxis.

Representación. Del latín: *representatio*, *-onis*. Acción y efecto de representar o representarse. Figura, imagen o idea que sustituye a la realidad. Cosa que representa otra. En filosofía se rescata que es traducción de alemán “*Vorstellung*”, aunque la traducción más apropiada sería:

“presentación” y no este regreso o repetición que está sugerido en el “re” de repetición. Es una imagen que sustituye a otra y hace las veces de tal, incluso cuando se trata de percepciones. Freud introduce una significación de la representación, en función de, por ejemplo, la represión que como mecanismo “separa” por un lado el efecto y por otro la representación de aquello pulsional generador de angustia de no ser reprimido.

Representación de cosa. En la metapsicología freudiana, es un término que se contrapone a la “representación de palabra” y significa algo así como una representación visual o imagénica, muy ligada al concepto de “huella” en el primer esquema freudiano del psiquismo (peine). Es como una carga energética o catéctica si no derivada de la cosa en sí, al menos ligada a los recuerdos o huellas anémicas de ella, activadas por la representación de la cosa. Según Freud, el inconsciente está poblado de representaciones-cosa.

Representación de palabra. Contrapuesto al anterior y más propio del sistema preconsciente-consciente en las primeras teorizaciones freudianas, y así como las de las cosas estaban ligadas a la imagen y lo visual, aquí se trata de la palabra y lo acústico. Por eso residen en el sistema preconsciente-consciente, dada la relación entre lo verbal y la conciencia. De alguna forma la imagen visual se asocia a una imagen verbal generándose así una identidad de pensamiento. Propia del proceso secundario (energía ligada), así como la representación-cosa es del proceso primario, al ser parte del procesamiento preconsciente-consciente la representación-palabra reúne la representación de la cosa más la de palabra que la nombra y la entraña simbólicamente.

Representación - fin. Este es un concepto creado por Freud para referirse a aquello que dirige o encamina el curso del pensamiento, ya sea en el plano consciente como en el inconsciente. La hilación de la corriente de pensamientos no es automática sino que algunas representaciones operan como lo que en física se llaman “atractores” en pos de los cuales van las representaciones convocadas por la representación - fin. Ejemplo de esto es en el marco de la “asociación libre” de un paciente, el valor de atractor” que tiene el fantasma inconsciente que hacia allí convoca. Es un concepto de la inicial teorización freudiana.

Representante de la pulsión. Término freudiano para designar elementos y procesos pulsionales a través de los cuales lo pulsional se “presenta” y representa psíquicamente.

Representante psíquico. Para Freud inseparable del circuito pulsional, encarna la representación o inscripción pulsional en el psiquismo. Es la manifestación de esa energía somática en la psiquis, aunque habría que aclarar que no se trata de un dualismo mente- cuerpo, sino desde su origen la pulsión es un concepto límite entre lo somático y lo psíquico. Está cabalgando sobre ambas vertientes y las reúne a ambas.

Representante-representativo. Se trata aquí de la representación enlazada a lo pulsional en la vida del sujeto, que pasa a representarla (a la pulsión) de modo tal que solo podemos anoticiarnos de ella/s por sus representantes. De este modo, la única que tiene la pulsión de “pulsear” es a través de estas marcas o inscripciones históricas en el psiquismo, desde los representantes-representativos pulsionales.

Represión. Del latín: *repressio*, -onis. 1.- Acción y efecto de reprimir o reprimirse. 2.- Acto, o conjunto de actos, ordinariamente desde el poder, para contener, detener o castigar con

violencia actuaciones políticas o sociales. 3.- Se llama así a la operación inconsciente a través de la cual el sistema intenta mantener a raya para que no se manifiesten, representaciones, ideas, recuerdos, etc. emparentados a alguna pulsión. La represión interviene para cortar el circuito de satisfacción pulsional o la descarga de éste, ya que de producirse esta última los efectos negativos serían desequilibrantes del sistema en cuanto al equilibrio del mismo o su homeostasis. Como mecanismo interviene en todos los cuadros neuróticos, o más aun, es la marca de definición de los mismos a nivel de la estructura, aunque más notable en la histeria por su plenitud somática. 4.- Se denomina también represión, a una modalidad defensiva entre otras, ya no estructural del psiquismo como en el ítem anterior, que utiliza el Yo para mantener el equilibrio entre pulsiones, mandatos o prohibiciones y la realidad. Así las cosas, podría decirse que el Yo “reprime” algunas cosas con el fin de garantizar el equilibrio o no perturbarlo.

Desde el punto de vista metapsicológico, puede estudiarse la represión desde:

- a) Lo tópico, donde aparece en las primeras teorizaciones freudianas como equivalente a la actuación de la conciencia que vela por la tranquilidad del sistema.
- b) Desde lo económico, la represión tiene un papel central en el retiro de las cargas energéticas, así como en el sostenimiento de contrataxias en relación a los representantes pulsionales.
- c) Desde lo dinámico pulsional se trataría de dar cuenta de los atolladeros provenientes de dar salida o no a la satisfacción de emergentes pulsionales y cómo eso devendría en un perjuicio para el sujeto o el sistema.

Hay dos clases de represión, la primaria y la secundaria, siendo la primaria u originaria que es aquella que remite al primer acto “psíquico” mítico que configura el sistema como primera marca estructural. Y la represión secundaria, ligada a actos concretos donde la represión expulsa representantes pulsionales de la conciencia.

Para J. Lacan, la represión es la operación fundamental que distingue a las neurosis de otras estructuras psicopatológicas. Allí donde el psicótico “forcluye” y donde el perverso “reniega” o desmiente, el neurótico “reprime”. O sea, que a partir de un mecanismo constitutivo implicado surgen diversas estructuras, lo cual no es óbice para que el psicótico desmienta o reprima, o el perverso reprima a su vez, porque de lo que se trata es del mecanismo constitutivo, y en este caso la represión es el mecanismo fundante de la estructura neurótica. Por eso también, en Lacan, al principio lo que se reprimía era un significado y luego, más adelante en su teoría, siempre lo reprimido es un significante o del orden significante, ya que lo que se reprime no es el “afecto” ligado a una situación (este se desplaza a otras) sino el “representante ideacional” de la pulsión.

Represión originaria. Para Freud es el primer tiempo de la represión y a partir de él se forman representaciones inconscientes o lo originariamente reprimido que constituirá el núcleo inconsciente primordial a partir del cual se irá incrementando y complejizando. A la vez, estos núcleos inconscientes primarios operarán como “atractores” de otros contenidos a reprimir formando verdaderos complejos inconscientes.

Reproducción. Multiplicación de los organismos o individuos en las diversas especies. La hay sexuada y asexuada, permitiéndose por la primera la reproducción de los seres humanos.

Reproducibilidad. Es la precisión que mide la variabilidad entre los resultados de las mediciones efectuadas sobre una misma muestra en diferentes laboratorios.

Repudiar. Del latín: *repudiare*. Rechazar algo, no aceptarlo. Rechazar a la mujer propia.

Repulsión sexual. Sensación exagerada de repugnancia a la vida sexual o a la pareja.

Requerimiento. Acción y efecto de requerir. Der. Acto judicial por el que se intima que se haga o se deje de ejecutar una cosa. Aviso, manifestación, o pregunta que se hace, generalmente bajo fe notarial, a alguna persona exigiendo o interesando de ella que exprese y declare su actitud o su respuesta.

Requiescat in pace. (R.I.P.) Loc. lat., literalmente, “descanse en paz”.

Requisición. Del francés, *réquisition*. Acto judicial por el que se intima que se haga algo.

Res non verba. Loc. lat., literalmente, “hechos no palabras”.

Res nullius. Loc. lat. que significa, “cosa de nadie”; sin dueño.

Rescindir. Del latín: *rescindere*; de *re* y *scindere*, rasgar. Dejar sin efecto un contrato, o una obligación.

Reserpina. Alcaloide extraído de la raíz de *Rauwolfia serpentina*. Se utilizaba sobre todo como agente antihipertensivo y anteriormente como agente antipsicótico debido a su efecto sedante. El 25 % de los pacientes tratados con la misma presentaban depresión. El mecanismo de acción de la misma consistía en la obstrucción de la entrada del neurotransmisor a la vesícula sináptica quedando el mismo expuesto a la acción de la enzimas degradantes produciéndose el agotamiento del neurotransmisor, condición que en neurofisiología se denomina depleción. Es por esto que se dice que la reserpina depleciona las reservas del neurotransmisor.

Resignificación. Resignificar quiere decir encontrar un nuevo significado o sentido a una situación, un síntoma, una conducta, etc. Por ejemplo, el descubrimiento de la prohibición del incesto resignifica al significante padre. Resignificación, en sentido amplio, puede querer decir varias cosas: a) Resignificar el presente en función del pasado: dar un nuevo sentido a una experiencia actual en función de algo ocurrido en el pasado (un síntoma expresa un conflicto infantil). b) Resignificar el pasado en función del presente: dar un nuevo sentido a algo del pasado en función de algo ocurrido en el presente (lo que le ocurrió en la infancia adquiere un nuevo sentido que antes no tenía, porque ahora ocurrió algo, una interpretación, que arroja nueva luz sobre aquella situación pretérita, que fue resignificada). Sin ir tan lejos, otro ejemplo puede ser: “ahora que me casé entiendo por qué el año pasado usted me dijo que no me casara”). La resignificación es el equivalente psicoanalítico de los viajes a través del tiempo de la ciencia-ficción, y ambos pueden expresar el deseo del hombre de rehacer algo mal hecho. Tal vez lo repetitivo del síntoma obedezca a volver ilusoriamente al pasado para revolverlo y resolverlo. En el viaje al pasado se modifica físicamente el acontecimiento pretérito, mientras que en la resignificación se lo modifica psicológicamente. c) Resignificar el presente en función del futuro: una situación presente puede ser significada en función de una situación futura. Podemos dar dos ejemplos: a) el fenómeno parapsicológico de la precognición implica conocer con certeza algo que va a ocurrir (por ejemplo, un terremoto devastador), lo cual puede obligar al sujeto a resignificar hoy sus vínculos familiares ante la proximidad de la muerte; b) trazarse un nue-

vo proyecto de vida resignifica muchas de las actividades que en la actualidad puede estar realizando el sujeto. d) Resignificar el futuro en función del presente: como el caso de una persona que se saca la lotería y, en función de ello, resignifica todas las imágenes que hasta entonces tenía sobre su futuro.

Resiliencia. Término extraído de la física que se ha incorporado a las ciencias que estudian la conducta y la psicología humana, que se define como la capacidad de superar la adversidad y salir fortalecido de ella. Resiliencia no significa invulnerabilidad ni impermeabilidad al estrés, se relaciona más bien con la aptitud para poder recuperarse.

Resistencia. Del latín: *resistentia*. 1.- Acción y efecto de resistir o resistirse. 2.- Capacidad para resistir. 3.- Conjunto de las personas que, clandestinamente de ordinario, se oponen con violencia a los invasores de un territorio o a una dictadura. 4.- Mec. Causa que se opone a la acción de una fuerza. Mec. Fuerza que se opone al movimiento de una máquina y ha de ser vencida por la potencia. 5.- En la teoría psicoanalítica se denomina así a aquello que se opone desde el paciente o analizado a abrir el acceso a su inconsciente o la verdad de su deseo (*Dicc. Real Acad. Española*). En este sentido pueden ser resistenciales: hablar mucho para no decir nada, el mutismo, el surgimiento de malestares somáticos, olvidar día y hora de la sesión, y así sucesivamente.

El término también se utilizó para referirse a la resistencia al psicoanálisis en sí por parte de círculos intelectuales contemporáneos de Freud pero que aún continúan pese al paso del tiempo y la aceptación del psicoanálisis. Simplificando, sería la reticencia a traer a la conciencia contenidos reprimidos. Para J. Lacan, la resistencia es un elemento estructural que tiene su origen en el desacuerdo fundacional entre el deseo y la palabra, incompatibilidad que los une y separa definitivamente. Por eso se trata de contarla como un elemento más del proceso analítico y no demonizarla ni exorcizarla; simplemente con no exacerbarla a través de errores del analista es suficiente. En este último sentido habría que incluir las resistencias del analista, provenientes de sus propias zonas oscuras o escotomas, donde es atrapado o neutralizado por las resistencias del paciente que se enlazan con las suyas. La resistencia, por último, es un efecto yoico, operando en el imaginario ya que del lado de lo reprimido inconsciente habría tendencia a repetir y no resistencia.

Responsabilidad. 1.- Calidad de responsable. 2.- Deuda, obligación de reparar y satisfacer, por sí o por otro, a consecuencia de delito, de una culpa o de otra causa legal. 3.- Cargo u obligación moral que resulta para uno del posible yerro en cosa o asunto determinado. 4.- Capacidad existente en todo sujeto activo de derecho para reconocer y aceptar las consecuencias de un hecho realizado libremente.

Respuesta. En el ámbito de la psicología, es cualquier conducta provocada por un estímulo.

Respuesta condicionada. J. Vander Zanden, la define como la respuesta provocada por un estímulo distinto de aquel que la produce naturalmente. El estímulo condicionado, luego de una serie de apareamientos con el no condicionado, provoca una respuesta similar a la que suscita éste.

Respuestas de lado. C. Pereyra las define como “las desviaciones del pensamiento de un objetivo propuesto y comprendido, (que) se advierten, con mecanismos distintos, en algunas respuestas de hebefrénicos, catatónicos, síndromes de Ganser y simuladores”. “El

enfermo compenetrado de la pregunta no respondería adecuadamente porque dada la movilidad de la atención reemplazaría la respuesta por el contenido de una representación automática de la misma índole, por haber sido despertada por el estímulo". Son también llamadas para-respuestas. Como ejemplo de las mismas se puede citar el caso del paciente aquejado de Esquizofrenia que ante la pregunta concreta sobre su edad contesta inmediatamente reportando la hora. En los casos de síndrome de Ganser, el sujeto se tomará más tiempo y responderá de un modo aproximado conforme a la búsqueda de impacto en su examinador, de modo que cuando se le pida que diga cuánto es 2 más 2 responderá cinco.

Restos diurnos. Dentro de la teoría de los sueños freudiana, son materiales con los que se trabaja y elabora el sueño, y se refieren a experiencias o percepciones del día anterior que se incorporan al mismo como insignificantes o meras repeticiones de sucesos y aparecen de modo lejano si se los mide en función del deseo inconsciente que el sueño expresaría. Justamente esta condición de insignificantes es lo que los hace ser materiales elegidos para presentificarse en el sueño, ya que no parecen aludir a nada prohibido. El trabajo del análisis deberá desmontar estas escenas para acceder a la clave oculta que yace en el sueño, entre otras cosas bajo los restos diurnos, donde debieran buscarse otros "restos" y otros "arrestos" pulsionales.

Retest. Repetición del mismo test en una segunda ocasión. Este procedimiento sirve sobre todo para medir la fiabilidad (o confiabilidad) del test en cuestión. El coeficiente de fiabilidad surge de la correlación entre las puntuaciones obtenidas por los mismos sujetos en las dos aplicaciones del test.

Retifismo. Fetichismo por los zapatos.

Retiro de catexis o cargas. Decatectización energética, que para el psicoanálisis en sí primera teorización, equivalía a la quita de energía de una representación o un grupo de las mismas. El mecanismo rector de la retirada de cargas, es la represión, donde la cantidad de afecto se desgaja de la representación reprimida, con el fin de no alterar con su manifestación el equilibrio tensional del sistema. La energía "retirada" de la representación queda en disponibilidad para ser empleada en la elección de una contracatexis o carga en sentido contrario, creada a los fines de la defensa. Por otro lado, en la hipocondría o la paranoia hay una distribución energética donde la carga yocica se eleva en detrimento del mundo y de los otros.

Retorno de lo reprimido. Concepto psicoanalítico que explica cómo los elementos sometidos a la represión y confinados al inconsciente, al no ser destruidos, tienden a reaparecer a través de diversas formas, por ejemplo, en los lapsus, los sueños, los actos fallidos, los síntomas, etc. Y esto ocurre porque la represión más exitosa "fracasa" en su intento de erradicar definitivamente lo reprimido, ya que esto vuelve una y otra vez a buscar un camino de salida o al menos de expresión aunque disfrazada bajo otros elementos permitidos. Los síntomas son entonces un retorno de lo reprimido y a la vez la manifestación del conflicto inconsciente de base entre el deseo y la represión de sus representantes.

Retraso mental. La Asociación Americana del Retraso Mental, conceptualiza el trastorno de la siguiente manera: "El retraso Mental hace referencia a las limitaciones sustanciales en

el desenvolvimiento corriente. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, que tiene lugar junto a limitaciones asociadas en dos o más de las siguientes áreas de habilidades adaptativas posibles: comunicación, cuidado personal, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autogobierno, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, ocio y trabajo. El retraso Mental se manifiesta antes de los 18 años.” Esta definición fue incorporada por el DSM IV y es de empleo general en el mundo.

A su vez, el CIE 10 expresa: “El Retraso Mental es un trastorno definido por la presencia de un desarrollo mental incompleto o detenido, caracterizado principalmente por el deterioro de las funciones concretas de cada época del desarrollo y que contribuyen al nivel global de la inteligencia, tales como las funciones cognoscitivas, las del lenguaje, las motrices y la socialización. El Retraso Mental puede acompañarse de cualquier otro trastorno somático o mental.”

La CIE 10 hace hincapié en que existe un nivel reducido del funcionamiento intelectual que resulte en una menor capacidad global para adaptarse a las demandas diarias del entorno social normal (la capacidad global y no las alteraciones específicas son la base del diagnóstico). Además recomienda que no se deben aplicar rígidamente los niveles de inteligencia, debido a los problemas de validación transculturales (los tests de inteligencia y las escalas de madurez social y adaptación deben ajustarse a las reglas culturales locales).

La Organización Mundial de la Salud, los clasifica de acuerdo al nivel de rendimientos cognitivos:

-retraso mental leve	C.I. 50-69
-retraso mental moderado	C.I. 35-49
-retraso mental grave o severo	C.I. 20-34
-retraso mental profundo	C.I. < - 20

El comité de la OMS se pronunció en Ginebra en contra de la clasificación como "retrasados mentales en el límite" de los sujetos con CI entre 68 y 85. Con este criterio se situaría un 16% de la población en la categoría de retrasados mentales, lo que supone una proporción excesiva. Para la AAMR el 85 % de las personas que sufren un RM se encuentran dentro de la categoría leve (C.I. entre 50 y 69). Las funciones adaptativas de las personas levemente retrasadas son efectivas en determinadas áreas como las de comunicación, autocuidado, sociales, laborales, tiempo libre y seguridad.

El Retraso Mental depende de factores genéticos, ambientales y psicosociales, en el caso del Retraso Mental leve se atribuía a menudo a la privación psicosocial grave. Actualmente, los investigadores se inclinan por reconocer factores biológicos más sutiles como causa principal.

Según las tasas calculadas hasta ahora, los Retrasos Mentales representan por lo general de 1 a un 3 % de la población.

Retraso mental grave. Este grupo está formado por el 3 ó 4 % de los portadores de Retraso Mental, presentan un CI entre 20 y 34 y no superan en la adultez una edad mental de 4-5 años. Presentan un retraso mental marcado en su destreza física y desarrollo sensorial, con notables dificultades para la comunicación. No logran protegerse de los peligros físicos co-

munes, salvo las elementalísimas como el fuego. Pueden llegar a caminar aunque muy tardíamente y lograr hábitos alimentarios elementales y a veces conseguir control de esfínteres. El lenguaje es muy escaso y con grandes dificultades en la pronunciación, pueden decir algunas palabras o frases simples. Hablan a gritos. Pueden obedecer órdenes muy sencillas e inmediatas. Su afectividad es muy pobre, limitada a respuestas simples, explosivas e imprevistas. Son frecuentes la masturbación sin pudor, las autoagresiones y los movimientos estereotipados como los movimientos iterativos de balbuceo corporal. La mayoría tiene malformaciones somáticas (dismorfias de la caja craneana, cifoescoliosis, malformaciones dentales, etc.), trastornos neurológicos y musculares graves. Son dependientes totales de terceros y requieren cuidados casi continuos en centros especializados. Desde el punto de vista jurídico son incapaces civilmente e inimputables penalmente.

Retraso mental leve. Es el grupo más numeroso (85 % según las estadísticas internacionales), tienen un CI entre 50 y 69 y su madurez mental no supera los 10 años. Carecen de pensamiento lógico-abstracto, tienen incapacidad de deducir o inducir o de llevar a cabo proceso de análisis o síntesis, sus ideas expresan aspectos concretos y reales de la experiencia y no distinguen lo esencial de lo accesorio. Pertenecen a la categoría pedagógica de educables, es decir, que son capaces de asimilar los rudimentos de la actividad académica pudiendo alcanzar el nivel de 7º grado y adquirir habilidades de tipo social y profesional que les permita tener una independencia mínima, en un medio continente para vivir en forma adaptada a su comunidad. Se caracterizan por su poca expresividad facial, se muestran un tanto negligentes y superficiales en el contacto humano pero pueden establecerlo con relativa facilidad. Presentan inmadurez afectiva caracterizada por excesiva dependencia emocional de quienes los rodean cotidianamente, egocentrismo, susceptibilidad, vanidad e impulsividad. Tienen dificultad para el pensamiento abstracto y escasa aptitud de anticipación, si bien en ocasiones parecen inteligentes, especialmente cuando tienen cierta capacidad de memoria. Pueden presentar trastornos del lenguaje como ceceo o tartamudez. Suelen presentar inadaptaciones sociales (sobre todo si el medio familiar no es adecuado) o vagabundo y caer en el robo simple, mal elaborado y pobremente organizado. Suelen presentar brotes psicóticos de burdo matiz paranoide con delirios no bien estructurados y crisis de excitación psicomotriz. Los trastornos somáticos son infrecuentes y poco importantes; si existen, están representados por paladar ojival, defectos dentales, déficits sensoriales diversos, trastornos de lateralización, disgrafías. Desde la perspectiva jurídica, éstos pacientes deben ser estudiados con mucho cuidado y precisión pues algunos de ellos pueden conocer lo lícito o ilícito de sus actos.

Retraso mental moderado. Este grupo constituye el 10 % de las personas afectadas de Retraso Mental; presentan un CI entre 35 y 49 y no superan en la adultez una edad mental de 7 años. Pertenecen a la categoría pedagógica de entrenables, es decir, que sólo es posible inculcarles hábitos sociales básicos, y que se benefician con el aprendizaje de habilidades laborales simples. Los que siguen estudios son incapaces de progresar más allá del nivel de 2º grado, es decir, que en escuela especial pueden llegar a leer algunas palabras cortas y escribir su nombre. Deficientes intelectualmente, con escasa memoria, no logran más que un pensamiento muy concreto, sin ninguna abstracción. El nivel de lenguaje es

muy pobre, con un vocabulario restringido a términos corrientes, que emplean para pedir lo que necesitan, raramente para expresar afectos. Presentan facies inexpresivas. Son incapaces de lograr una autonomía o cuidar de sí mismos y sus asuntos, por lo que necesitan de tutela y protección toda su vida. En escuela especial pueden llegar a leer palabras cortas y escribir su nombre pero son incapaces de superar el nivel de segundo grado. Se alimentan y se visten solos, controlan esfínteres y pueden captar los peligros groseros. Pueden aprender a viajar solos por los lugares que les resultan familiares. Pueden contribuir a su propio mantenimiento efectuando trabajos que no requieran de una gran habilidad, bajo estrecha supervisión en talleres protegidos. Presentan trastornos frecuentes de la afectividad con infantilismo emocional, inestabilidad psíquica, algunos son indiferentes y apáticos, otros son inestables y explosivos. Un porcentaje de pacientes se caracterizan por hiperactividad y suelen presentar brotes psicóticos. Las conductas antisociales son muy frecuentes e intensas y suele ser causal de internación en centros especializados. Pueden existir serias malformaciones físicas, asociadas a trastornos neuromusculares diversos (hemiplejías, paraplejías y atrofias. Desde la perspectiva jurídica son ininputables penalmente e incapaces civilmente.

Retraso mental profundo. Este grupo constituye entre el 1% y el 2 % de los individuos con Retraso mental; presentan un CI inferior a 20 y se caracterizan por la carencia o casi inexistencia de vida psíquica. Puede detectarse una vida vegetativa o actos elementales que surgen ocasionalmente y que hacen suponer una edad mental correspondiente a algunos meses. La mayoría se muestran desconectados del medio ambiente, no pueden protegerse de los peligros externos más elementales. La vida de estos pacientes suele ser corta y muchos no alcanzan la edad adulta. Generalmente permanecen en cama, sin control de esfínteres y carentes de lenguaje. Su coordinación física y su desarrollo sensorial están groseramente interrumpidos; presentan importantes defectos físicos asociados. Dependen totalmente de terceros para satisfacer sus necesidades vitales y requieren atención y cuidados permanentes durante todo su existencia en centros especializados.

Retroactividad. Concepto introducido por Lacan basándose en la idea de “valor lingüístico” de Saussure, y alude al hecho de que la última palabra de una expresión lingüística resignifica las anteriores. El significado es algo que recién aparece al final de la frase: hasta entonces sólo hay significantes puros que están en suspenso. Lacan utiliza el ejemplo del punto capitoné, usado en tapicería, donde la última puntada anuda todas anteriores, del mismo modo que la última palabra da sentido a toda la frase.

Retrospectiva. Recurrencia de un recuerdo, sentimiento o experiencia perceptiva del pasado.

Riesgo en la investigación clínica. Probabilidad de que una persona sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía de un estudio clínico. A los efectos de la presente norma, se consideran las siguientes categorías: Categoría I (investigación sin riesgo): comprende los estudios que utilizan técnicas observacionales, con las que no se realiza ninguna intervención o modificación intencional en las variables fisiológicas, psicológicas o sociales de las personas que participan en el estudio; por ejemplo, encuestas, cuestionarios, entrevistas, revisión de historias clínicas u otros documentos, que no invadan la intimidad de

la persona. Categoría II (investigación con riesgo mínimo): comprende estudios o el registro de datos por medio de procedimientos diagnósticos de rutina (físicos o psicológicos). Por ejemplo, electrocardiograma, audiometría, termografía, tomografía, ultrasonografía, extracción dentaria (cuando está indicada), extracción de sangre con frecuencia máxima de dos (2) veces por semana, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas individuales o grupales con las cuales no se manipula la conducta de la/s persona/s, utilización de medicamentos o especialidades medicinales autorizadas, de empleo común y amplio margen terapéutico (utilizados para indicaciones, dosis y vías de administración establecidas). Categoría III (investigación con riesgo mayor): comprende a los estudios clínicos en los que las probabilidades de afectar a una persona son significativas. Por ejemplo, estudios que se realizan con medicamentos y/o especialidades medicinales nuevas, nuevos dispositivos, procedimientos invasivos (punción lumbar, cateterismo) o utilización de placebo (*A.N.M.A.T.*).

Riesgo. Del ant. *resgar, cortar*, del latín: *resicare*. 1.- Contingencia o proximidad de un daño. 2.- Cada una de las contingencias que pueden ser objeto de un contrato de seguro.

Rigidez. 1.- Término utilizado en psiquiatría para designar la resistencia al cambio por parte de un individuo. 2.- Betta lo define como un trastorno del curso del pensamiento caracterizado “por la persistencia de una idea a la que el paciente dispensa una preferencia enfermiza”, llegando a condicionar la conducta. Se la observa en los casos de personalidad epileptoide y en los síndromes psicoorgánicos cerebrales de forma característica. 3.- En rueda dentada. Aumento del tono muscular que se observa en las enfermedades tipo Parkinson y en los efectos adversos de los neurolépticos.

Risperidona, fármaco. Antipsicótico atípico. Indicaciones: la risperidona se recomienda en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia, incluyendo primer episodio psicótico, exacerbaciones agudas, esquizofrenia crónica y otras afecciones psicóticas en las cuales los síntomas positivos (como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, hostilidad, recelo) y/o los síntomas negativos (como aplanamiento afectivo, repliegue emocional y social, pobreza del lenguaje) sean notorios.

Rito. Ceremonia o conjunto de actos repetidos de acuerdo con un patrón de ejecución que se transmite de generación en generación por parte de comunidades culturales y que tienen entonces un valor de refrendar los estamentos fundacionales de ese grupo o comunidad. Ritos individuales, actos repetidos que tienen valor para ese sujeto particular y están amasados a su historia y circunstancias. Los ritos más usuales antropológicamente hablando son: los de iniciación sexual, los de fertilidad, propiciatorios de eventos benéficos como el matrimonio, el nacimiento y conmemorativos de hechos cruciales o fundantes.

Ritual. 1.- Actividad automática de origen psicogenético o cultural. 2.- Es un término que se aplica a la clínica de los Trastornos obsesivos compulsivos, que alude a un conjunto de conductas compulsivas arregladas con respeto a ciertas normas destinadas a paliar la ansiedad que provocan las obsesiones. 3.- Leonhard, en su descripción clínica de una de las formas de Esquizofrenia (Catatonía amanerada), clasifica a los rituales en dos tipos, tomando en cuenta si lo ejecutado es una conducta o la evitación de algún acto o cosa, a los que denominó rituales de acción y rituales de omisión, respectivamente.

Rituales de acción. Descritos por Leonhard para aludir a los rituales que se ejecutan con arreglo a ciertas normas.

Rituales de omisión. Descritos por Leonhard para aludir a los rituales que se ejecutan con el fin de evitar ciertos actos o cosas.

Rivalidad entre hermanos. Competición entre niños por la atención, el afecto y la estima de sus padres. Los celos de los niños se acompañan de odio y deseos de muerte hacia los otros hermanos. La rivalidad no se limita necesariamente a los hermanos reales; es un factor en la competitividad tanto normal como anormal durante toda la vida.

RNA. Ácido ribonucleico, que es fabricado por el DNA. El proceso de síntesis del RNA se denomina transcripción. Existen tres tipos de RNA: el RNA mensajero (contiene la información para la síntesis de proteínas; el RNA ribosómico (que provee del sitio donde será leído el mensajero) y el RNA de transferencia, que es quien aparee los aminoácidos con las bases nitrogenadas.

Rol. En psicología social se considera que el rol es la personalidad pública de cada individuo, vale decir, el papel más o menos predecible que asume con el objeto de amoldarse a la sociedad de la que forma parte. Exigencias normativas que se aplican a la conducta de una categoría específica de personas en determinados contextos situacionales. Los roles establecen quién debe hacer cierta cosa, cuándo y dónde debe hacerla.

Role playing (Papel playing). Técnica psicodramática en la cual se enseña a una persona a desenvolverse más eficazmente en sus papeles reales tales como patrón, empleado, estudiante e instructor. En la situación terapéutica del psicodrama, el protagonista es libre de hacer intentos y fracasar en ellos en su papel porque se le da la oportunidad de volver a intentarlo hasta que aprenda finalmente nuevas aproximaciones que después puede aplicar fuera del psicodrama. La diferencia fundamental radica en que no se da preferencia en el role playing a las situaciones familiares, sino a las situaciones de la vida diaria (por ejemplo, escenas de trabajo). El objetivo es empujar a los participantes a explorar el interior de los roles y de situaciones que a priori no les son familiares o ver situaciones conocidas desde el punto de vista del otro.

Rorschach, Hermann [1884-1922]. Psiquiatra y psicoanalista suizo (1884-1922). Fue el historiador Henri F. Ellenberger quien redactó la biografía de este fascinante médico de la primera generación freudiana, célebre en el mundo entero por su test de manchas de tinta. Nacido en Zurich en una vieja familia protestante del cantón de Thurgovia, Hermann Rorschach puso de manifiesto muy pronto un gusto acentuado por el dibujo. Es interesante que sus compañeros de clase le hayan puesto el sobrenombre de “Klex”, porque era muy hábil en la “klexografía”, juego con manchas de tinta difundido entre los escolares y conocido desde que Justinius Kerner (1786-1862) publicó en 1857 su Kleksographien, conjunto de dibujos obtenidos a partir de manchas y poemas inspirados por ellos. El juego consiste en manchar con tinta una hoja de papel y después plegarla, con lo cual las manchas toman formas diversas: de objetos, de animales, de plantas, etcétera. Después de algunas vacilaciones, Rorschach se orientó hacia la medicina y estudió psiquiatría con Eugen Bleuler y Carl Gustav Jung en la Clínica del Burghölzli. Allí se entusiasmó con las ideas freudianas, mientras se iniciaba en la técnica de la asociación verbal. Más tarde llegó a ser asistente, y después director

de varios asilos: el de Munterlingen, cerca del lago de Constanza, el de Munsingen, cerca de Berna, y finalmente en Herisau, en el cantón de Appenzell. Políglota, curioso de todas las culturas, amante de las artes y los viajes y siempre en busca de un universo distinto del mundo visible, se apasionó por el “alma rusa” y pasó primero una temporada en Moscú, en 1906, y después otra en Kazán, en 1909, adonde fue a reunirse con su novia, Olga, quien iba a ser su esposa y colaboradora.

Ruptura. Acción y efecto de romper o romperse. Rompimiento de relaciones entre las personas.

Rush, Benjamin [1745-1813]. Padre de la psiquiatría americana cuyo libro *Medical Inquiries and Observations Upon the Diseases of the Mind* (1812) fue, hasta fines del siglo XIX, el único libro de texto de psiquiatría.



Sabáticas. Misas negras. Ceremonias celebradas los sábados en homenaje a Satán, en lugares apartados y en las que se realizan prácticas sexuales diversas.

Saber. J. Lacan diferencia el saber, que es simbólico, del “conocimiento”, que responde al registro imaginario. En este sentido el tratamiento psicoanalítico apunta al saber no sabido del sujeto, y también de su relación con el orden simbólico que lo rige. Por eso la cura apunta o se dirige a incrementar gradualmente el saber del paciente, no atiborrándolo de conocimientos imaginarios, sino apuntando a la verdad del deseo o su cuestión.

Sabiduría. Gardner H., delimita el concepto de sabiduría como una habilidad muy amplia, también llamada poder sintetizador general. Es aquello que uno llega a esperar en individuos mayores que han tenido una amplia gama de experiencias críticas en su vida más temprana y que ahora pueden aplicarlas en forma apropiada y juiciosa, en las circunstancias apropiadas. El término se aplicaría a personas que tienen considerable sentido común y originalidad en uno o más dominios, junto a una capacidad madura de metaforizar.

Sabotaje. Del fr.: *sabotage*. Daño o deterioro que en instalaciones, productos, etc. que se hace como procedimiento de lucha contra los patronos, contra el Estado o contra las fuerzas de ocupación en conflictos sociales o políticos. Oposición u obstrucción disimulada contra proyectos, órdenes, decisiones, ideas.

Saco. Cualquier estructura en forma de bolsa en el cuerpo de un organismo.

Sacramento. Medio material con que se relaciona el hombre con Dios. Según la Iglesia Católica, los sacramentos son: el bautismo, la confirmación, la penitencia, la comunión, la extremaunción, el sacerdocio y el matrimonio.

Sachs, Hanns (1881-1947). Psicoanalista norteamericano (1881-1947). Hijo de un renombrado jurista vienés, Sachs estudió derecho antes de apasionarse por el psicoanálisis al leer *La interpretación de los sueños*. Después de asistir a conferencias de Freud, lo visitó llevándole una traducción de las *Baladas de cuartel*, de Rudyard Kipling (1865-1936). En 1909 se incorporó a la Sociedad Psicológica de los Miércoles y se convirtió en uno de los discípulos ortodoxos del maestro. Miembro del Comité Secreto y fundador con Otto Rank de la revista *Imago*, se dedicó esencialmente a trabajos de psicoanálisis aplicado y a la formación de psicoanalistas. Fue uno de los didactas más apreciados de la primera generación freudiana y no era médico.

Sadismo. Trastorno o perversión sexual en el cual alguien encuentra placer (más propiamente diríase goce) en infligirle daño a otro llamado partenaire en los juegos de agresividad y humillación. Toma su nombre del escritor francés también llamado “El Divino Mar-

qués”, Marqués de Sade, el cual a través de sus novelas, escritas en prisión mayormente, mostró y demostró la existencia en el hombre de algo profundamente nocivo para el otro cuando es tomado como objeto de goce (o sea, sin límite alguno) y no de placer (acuerdo mutuo para la obtención de vivencias placenteras en pareja). Sin embargo, para el psicoanálisis habría una profunda imbricación pulsional entre el placer y el dolor y, por lo tanto, el sadismo estaría siendo parte de la pulsión sexual en sí, con lo cual cabría hablar de grados tolerados y tolerables de sadismo presente en toda pulsión sexual y de aquellos intolerables e intolerados.

Sadismo - masoquismo, sadomasoquismo. Expresión que no sólo pone de relieve lo que puede haber de simétrico y complementario en las dos perversiones sádica y masoquista, sino que además designa un par antitético fundamental, tanto en la evolución como en las manifestaciones de la vida pulsional. Dentro de esta perspectiva, el término “sadomasoquismo”, utilizado en sexología para designar formas mixtas de estas dos perversiones, ha sido recogido por el psicoanálisis, especialmente en Francia, por Daniel Lagache, para subrayar la interrelación de estas dos posiciones, tanto en el conflicto intersubjetivo (dominio-sumisión) como en la estructuración de la persona (autocastigo). Si para Freud sadismo y masoquismo eran aspectos activo y pasivo de una misma perversión, para J. Lacan va a ser diferente, ya que si bien reconoce la raíz común que los relaciona como fenómenos, la diferencia estaría dada en que para él lo primario sería el masoquismo y el sadismo derivaría de éste, siendo algo así como una “renegación” o desmentida del masoquismo. Ambos están ligados a la pulsión invocante (voz), que por eso es llamada también pulsión sadomasoquista.

Sadismo oral. Tendencia de los niños a chupar o morder o introducirse en la boca cualquier objeto externo. Característico de la fase pregenital primitiva. Sinónimo: fase de canibalismo.

Sadomasoquismo. 1.- Preferencia por actividades sexuales que implican el infligir dolor, humillación o esclavitud. Si el enfermo prefiere ser el receptor de tales estimulaciones, entonces se denomina masoquismo; si es el que lo ocasiona, se trata entonces de sadismo. A menudo un individuo obtiene excitación sexual tanto de actividades sádicas como de masoquistas. Es frecuente que se utilicen grados leves de estimulación sadomasoquista para potenciar una actividad sexual que por lo demás sería normal. Esta categoría debe ser únicamente utilizada si la actividad sadomasoquista es la fuente más importante para la estimulación o si es necesaria para la gratificación sexual. El sadismo sexual es difícil de distinguir de la crueldad en situaciones sexuales o de la cólera no relacionada con el erotismo. El diagnóstico puede hacerse con claridad cuando la violencia es necesaria para la excitación sexual. Incluye: masoquismo-sadismo (*CIE 10*). 2.- Término creado por Sigmund Freud a partir de sadismo y masoquismo para designar una perversión sexual basada en un modo de satisfacción ligado al sufrimiento infligido al prójimo y al experimentado por un sujeto humillado. Por extensión, este par de términos complementarios se refiere a un tipo de vínculo o relación basado en la reciprocidad entre un sufrimiento vivido pasivamente y un sufrimiento infligido activamente.

Safismo. 1.- Homosexualidad femenina. Deriva de Safo, poetisa y cortesana de Lesbos, isla del mar Egeo, a quien se atribuyen prácticas homosexuales con sus discípulas. 2.- Apego erótico de una mujer a otra.

Salacidad. Propensión a gozar de lo genital.

Salario. Del latín: *salarium*, de sal. Estipendio, paga o remuneración. En especial, cantidad de dinero con que se retribuye a los trabajadores manuales.

Salirofilia. Ingestión de saliva o sudor (fluidos con algún contenido de sal).

Saliromanía. Ensuciar, dañar o romper la ropa de la pareja.

Salpingectomía. Operación esterilizadora que se practica en las trompas de Falopio.

Salud mental. Estado de salud emocional en el cual una persona es capaz de funcionar cómodamente dentro de su sociedad y en el cual sus características y logros personales son importantes para él.

Salud sexual. La Organización Mundial de la Salud (OMS) describe desde 1975, siguiendo el concepto de sistema sexual que: la salud sexual es el logro del bienestar sexual a través de la integración de los elementos somáticos (área biológica), emocionales, intelectuales (área psicológica) y sociales (área social) del ser sexual. Comprende dos motivaciones y una finalidad. Las motivaciones son la reproductiva y/o la placentera en una opción libre concientizada. La finalidad es el logro del bienestar sexual por medios que enriquezcan y potencien la personalidad, la comunicación y el amor.

Sanción. Del latín: *sancio*, *-onis*. Estatuto o ley. Pena que la ley establece para el que la infringe. Mal dimensionado de una culpa o yerro y que es como su castigo o pena.

Sancta sanctorum. Expresión latina que significa, “parte o lugar más santo de los santos”. En español expresa lo de mucho aprecio, lo muy reservado y misterioso.

Sandunguero. Individuo con gracia y atractivo sexual. Individuo de vida disipada.

Sarcasmo. Burla o befa, ácida y cruel dirigida hacia el otro a los fines de maltratarlo o herirlo, también como forma de descalificación de las personas.

Sátira. Descalificación de personas, ideas o argumentos a través de la mofa o el ridículo que puede ser oral o escrita.

Satiriasis (donjuanismo). Condición compulsiva en un hombre de tener relaciones con diferentes personas, de manera promiscua y sin estar enamorado. No equivale a gigoló (quien recibe una paga). El sátiro es un personaje de la mitología griega.

Satisfacción. Actitud caracterizada por un sentimiento de agrado y de quietud motora, generalmente debida a una situación previamente imaginada y cuya idea ha suscitado la actividad motora. Distinto de alegría que se refiere propiamente a una situación presente. Contrario a insatisfacción: actitud caracterizada por desagrado e inquietud.

Satisfacción, primera experiencia de. Hecho fundamental para el psicoanálisis en cuanto a la constitución del psiquismo humano, ya que es la primera vez que una necesidad (hambre) es satisfecha con un plus proveniente del amor de la madre por el bebé. Es terreno del aparato psíquico y huella buscada de allí en más como un sentido de eterno retorno a ese imposible lugar de gratificación inicial y fundacional.

Saturnales. Fiestas que se celebraban en honor de Saturno en Roma, en el mes de diciembre, con gran participación popular. Durante las mismas estaba prohibido cualquier

tipo de trabajo o negocio menos la cocina. Por otro lado, cualquiera fuera siervo o esclavo podría decirle a su amo lo que le pareciera sin esperar castigo o reprimenda por ello.

Saubidet, Roberto O. [1919]. Psiquiatra argentino discípulo de Braulio Moyano. Cursó su carrera hospitalaria en el Hospital de Alienados, actualmente H. Braulio Moyano. Pasó en 1977 al Hospital J.T. Borda. Traductor de la obra de K. Jaspers.

Scopitas, secta de los. Secta constituida por individuos castrados que operó en Rusia en el siglo XVIII. Para ellos, el pecado original se debe a la existencia de los genitales, que deben ser extirpados. Los scopitas autorizaban a sus mujeres a prostituirse con el objeto de que fueran embarazadas para evitar la extinción de la secta.

Screening. Valoración inicial del paciente que incluye una historia médica y psiquiátrica, una valoración del estado mental y una formulación del diagnóstico para determinar la adecuación de un paciente para una determinada modalidad de tratamiento.

Schreber, caso. Uno de los casos estudiados por Freud. Se refiere al análisis hecho en 1911 de la autobiografía de Daniel Paul Schreber, *Memorias de un enfermo nervioso*, publicada en 1903. El análisis de las mismas permitió a Freud interpretar el significado fundamental de los procesos paranoides, especialmente la relación entre homosexualidad reprimida y defensas proyectivas.

Schreber, Daniel Paul [1842-1911]. A diferencia de los análisis de Dora (Ida Bauer), el Hombre de las Ratas (Ernst Lanzer) o el Hombre de los Lobos (Serguei Constantinovich Pankejeff), el estudio realizado por Sigmund Freud del caso de Daniel Paul Schreber no provenía de una cura real, pero las *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia*, publicadas en 1911, fueron siempre consideradas una exposición tanto más notable cuanto que Freud no había conocido personalmente al paciente. Ese texto fue comentado, discutido y reinterpretado por toda la literatura psicoanalítica de lengua inglesa y alemana. En Francia fue en particular objeto de reiteradas relecturas, por la importancia atribuida a la paranoia en la historia del pensamiento lacaniano. Nacido en julio de 1842, Daniel Paul Schreber pertenecía a una ilustre familia de la burguesía protestante alemana, una familia de juristas, médicos y pedagogos.

Schilder, Paul [1886-1940]. Neuropsiquiatra americano. Inició la utilización de la psicoterapia de grupo en el Bellevue Hospital de Nueva York, combinando principios sociales y psicoanalíticos.

Secreto. Del latín: *secretum, secretus*, de *secernere*, segregar. 1.- Lo que cuidadosamente se tiene reservado y oculto. 2.- Reserva, sigilo. 3.- Conocimiento que exclusivamente alguno posee de la virtud o propiedades de una cosa o de un procedimiento útil en medicina o en otra ciencia, arte u oficio. 4.- Misterio, cosa que no se puede comprender. 5.- Asunto muy reservado. 6.- Oculto, ignorado, escondido y separado de la vista o del conocimiento de los demás. 7.- Callado, silencioso, reservado (*Dicc. Real Acad. Española*).

Secreto de naturaleza. Aquel efecto natural que por ser poco sabido excita curiosidad y aun admiración.

Secreto profesional. 1.- Deber que tienen los miembros de ciertas profesiones, como médicos, abogados, notarios, etc., de no descubrir a tercero los hechos que han conocido

en el ejercicio de su profesión. 2.- Es la obligación de no dar a conocer la historia clínica del paciente ni su resumen, ni aun a un juez que la pida. Se rige por el artículo 156 del Código Penal Argentino. No debe confundirse mala praxis y violación del secreto profesional, dos figuras delictivas distintas. Distinguimos el secreto profesional absoluto y el relativo. a) Secreto profesional absoluto: es el que no tiene excepciones. En Argentina uno siempre puede ampararse en él, o sea, nadie puede ser obligado a violarlo, no así por ejemplo en EE.UU., donde si se sabe que un paciente puede matar, debe “violarse” el secreto denunciándolo. b) Secreto profesional relativo: tiene excepciones. En Argentina, se puede “violarse” el secreto en ciertos casos llamados excepciones, aunque no se está obligado a hacerlo (como sí ocurre en EE.UU.), ya que siempre uno puede ampararse en el secreto profesional absoluto. Las excepciones, algunas justificadas (justa causa), son las siguientes: a) Pericias. El sujeto no está obligado a someterse a una pericia, pues nadie está obligado a declarar contra sí mismo, siendo la excepción a esto la alcoholemia. b) Si se beneficia el paciente: como cuando se trabaja en equipo y se hace un informe al médico solicitante. También cuando se supervisa el tratamiento de un paciente con otro analista. En estos casos se habla de secreto profesional compartido. c) Si se beneficia la sociedad: el paciente puede cometer un delito y se da a conocer su peligrosidad. d) Si hay autorización escrita del paciente para divulgar el secreto. e) En la ley del Sida: según esta ley, se puede revelar que una persona está infectada en ciertos casos: informar a los bancos de sangre para advertir sobre esa persona, informar al curador (generalmente un abogado) si la persona es incapaz, etc. La Ley del Sida es una de las pocas que hace explícita referencia al secreto profesional.

Secta. Agrupación o conjunto de personas unidas por una fe o un ideario común que les es exclusivo y al margen de la mayoría social que los incluya. Pueden ser religiosas o no, ya que las hay de diversos órdenes, aunque el rasgo común es el secreto, la iniciación y el aura de misterio que las envuelve. A las sectas se entra por elección y no es fácil en muchos casos mantener la membresía.

Secuela. Cualquier serie de efectos consecutivos a una enfermedad o patología.

Secular. Perteneciente al siglo. Llámase así al clero que vive en contacto con el mundo social a diferencia del que vive en clausura. También, por extensión, lo que no es religioso o no pertenece a este orden eclesial.

Seducción. Conducta dirigida a obtener los favores o a la complacencia del otro, ya sea en el campo erótico o en sentido amplio, para que se pliegue a nuestros objetivos. Obligar por artilugios y estratagemas al otro para complacer nuestros deseos.

Sedante. Fármaco que produce un efecto calmante o relajante por medio de una depresión del sistema nervioso central. Entre los fármacos con propiedades sedantes se encuentran los barbitúricos, el hidrato de cloral, el paraldehído y los bromuros. Sustancia que atenúa los estados de excitación emotiva o motriz.

Seducción [escena de, teoría de la]. Se llama así a: 1) La escena, ya sea real o fantaseada, donde un niño es sometido generalmente por un adulto a estimulaciones e insinuaciones de tipo erótico. 2) En la teorización freudiana, en un primer momento se atribuyó a estas escenas un papel importante en la génesis de los trastornos neuróticos, pero a

partir de la confrontación del discurso histérico con la historia de esas pacientes, se fue desdibujando dicho factor, ya que la fantasía iluminaba hechos que no tenían luces reales como tales. No habría que olvidar la frase de J. Lacan: “Uno recibe su propio mensaje invertido desde el otro” para pensar la seducción y, sobre todo, quién seduce a quién en la fantasía como expresión de deseo.

Seguimiento. Después de la hospitalización, el programa continuado de rehabilitación concebido para reforzar los efectos de la terapéutica y ayudar al individuo a adaptarse a su ambiente.

Seguridad. Del latín: *securitas*, -*atis*. Cualidad de seguro. Fianza u obligación de indemnidad a favor de uno, regularmente en materia de intereses.

Seguro, ra. Del latín: *securus*. Libre y exento de todo peligro, daño o riesgo. Cierto, indubitable y en cierta manera infalible. Firme, constante y que no está en peligro de faltar o caerse. Contrato por el cual una persona, natural o jurídica, se obliga a resarcir pérdidas o daños que ocurran en las cosas que corren un riesgo en mar o tierra. Salvoconducto, licencia o permiso que se concede para ejecutar lo que sin él no se pudiera.

Seguro de calidad del estudio clínico. Sistema, procesamiento y procedimientos de control de calidad que se han establecido para asegurar que el estudio clínico sea realizado y los datos sean generados cumpliendo las Buenas Prácticas de Investigación Clínica. Incluye procedimientos de seguimiento aplicables a conductas éticas y profesionales, procedimientos operativos, comunicaciones y calificación profesional y/o personal (A.N.M.A.T.).

Selección de personal. Elección del individuo adecuado para el cargo adecuado o, en un sentido más amplio, escoger entre los candidatos reclutados a los más adecuados para ocupar los cargos existentes en la empresa, tratando de mantener o aumentar la eficiencia y el rendimiento del personal.

Selección natural. Eliminación de los organismos individuales menos adaptados al medio con supervivencia y mayor propagación de los mejor adaptados. Para Darwin, el factor actuante de la selección natural es la lucha por la vida, el resultado de la supervivencia de los más aptos. Su contrario es selección artificial.

Selene. Entre los griegos, diosa de la Luna. Simboliza lo femenino.

Self. Verdadero self/falso self. Para D.W. Winnicott, distinción establecida concerniente al desarrollo del niño. El Yo del lactante se encamina hacia un estado en el que las exigencias instintivas se experimentan como parte del self y no del entorno. Winnicott establece un paralelismo entre self verdadero y self falso: retoma con esto la distinción freudiana entre, por un lado, una parte central del Yo gobernada por las pulsiones o por lo que Freud llama sexualidad pregenital y genital, y, por otro lado, una parte dirigida hacia el exterior, que establece relaciones con el mundo. El self falso está representado por toda la organización que se construye sobre la base de una actitud social cortés, de buenos modales y cierta contención. El self verdadero es espontáneo y los acontecimientos del mundo se han acordado a esta espontaneidad a causa de la adaptación producida por una madre suficientemente buena. La expresión “falso self” fue introducida por Donald Woods Winnicott en 1960 para designar una distorsión de la personalidad que consiste en em-

prender desde la infancia una existencia ilusoria (el sí-mismo inauténtico) con el fin de proteger mediante una organización defensiva un verdadero self (el sí-mismo auténtico). El falso self es, por lo tanto, el medio de no ser uno mismo, en diversas gradaciones, que llegan hasta una patología de tipo esquizoide, en la cual el falso self es instaurado como única realidad y, en consecuencia, significa la ausencia del verdadero self.

Self psychology (psicología del sí mismo). Primeramente utilizada por Heinz Hartmann en 1950, en el marco de la Ego Psychology, para diferenciar el Yo como instancia psíquica (en inglés ego) respecto del sí-mismo como propia persona, la noción del self (sí-mismo) fue a continuación empleada para designar una instancia de la personalidad en sentido narcisista: una representación de uno mismo para sí mismo, una investidura libidinal de uno mismo. El término fue retomado en 1960 en la escuela inglesa de psicoanálisis por Donald Woods Winnicott y en la escuela norteamericana, por Heinz Kohut, es decir, por la tercera generación internacional de la historia del freudismo. Para los ingleses, se trataba de sumar a la segunda tópica freudiana el complemento fenomenológico de la persona o el ser, es decir, una instancia de la personalidad que se constituye posteriormente al Yo en una relación con la madre y con los otros. De modo que el self servía para delimitar la dimensión narcisista del sujeto, fuera ella sana o destruida, y fuera el self verdadero o falso.

Semblante. Concepto introducido por J. Lacan, que remite a una vertiente clásica del pensamiento científico tradicional, a saber, aquella que tiene que ver con la apariencia y la realidad, o entre esencia y existencia, aunque desde la fenomenología se planteara la indisoluble ligazón de ambas, ya que en la esencia está la existencia y viceversa. La realidad está en la apariencia a través de la cual se muestra o manifiesta y no detrás o en lo profundo o abismal. La sexualidad femenina pensada como “mascaradas”, hace al semblante, así como también la cinta de Moebius con sus entrecruzamientos nos vuelve a marcar lo insostenible de una división tajante y está entre lo manifiesto y lo latente.

Semejanza. 1.- Coincidencia en algún plano o aspecto de dos o más sucesos o fenómenos. 2.- En el plano psicológico, la “asociación por semejanzas” se establece en la mayoría de los casos por contigüidad, ya que si bien dos estados de conciencia no pueden ser idénticos, se relacionan o convocan por lo que les es común. 3.- En conductismo, característica de un proceso de generar similares respuestas ante un estímulo o secuencia de estímulos.

Semen. Masa blancuzca y gelatinosa que se expulsa al momento de la eyaculación y que se ha formado por influencia de las secreciones de las glándulas prostáticas de Cowper y las vesículas seminales. Se compone de una sustancia llamada espermina y sirve de vehículo a los espermatozoides. Ampollas seminales son las partes terminales del conducto deferente que sirven de depósito al líquido seminal. Las vesículas seminales son órganos que en número de dos y con forma aplanada se ubican entre la vejiga y el recto; tienen un canal principal y conductos secundarios que desembocan en el principal. Son secretores de sustancias que conforman el semen. Canalículos seminíferos son una serie entrelazada de conductos muy delgados que constituyen el tejido del testículo donde se forman los espermatozoides.

Semiología. Teoría general de los signos. Psiquiatría. Es el estudio de los signos y síntomas que configuran los cuadros clínicos de los trastornos psíquicos y que permiten establecer el diagnóstico y el pronóstico de éstos. Estudio de los signos en la vida social. Lingüística.

Ciencia de los signos que se dedica a estudiar la esencia, cualidad y el rol de los signos lingüísticos y de la relación de estos entre sí.

Semper et ubique. Loc. lat., literalmente, “siempre y en todo lugar”

Senectud. Del latín: *senectus*, -*utis*. Edad senil, período de la vida que comúnmente empieza a los sesenta años.

Senescencia. Período de edad avanzada, durante el cual aparece la decadencia psíquica. Cambios degenerativos que se operan en este período.

Senil. Del latín: *senilis*. Perteneciente o relativo a la persona de avanzada edad en la que se advierte su decadencia física.

Senilidad. Condición de senil. Edad senil. 1.- Degeneración progresiva de las facultades físicas y psíquicas debida a una alteración de los tejidos. 2.- Estado avanzado de vejez en que el individuo sufre un déficit grave de sus facultades y fracasan sus mecanismos de adaptación. Puede acompañarse de ciertas enfermedades (demencia senil, arterioesclerosis, etc.). Menoscabo psíquico y fisiológico debido a la vejez. Presencia de signos de decadencia psíquica en la vejez o fuera de ella.

Sensación. Impresión recibida cuando se estimulan las terminaciones nerviosas de cualquiera de los seis sentidos: gusto, tacto, vista, sonido y sensación cinestésica. Proceso por el cual los órganos de los sentidos convierten estímulos del mundo exterior en los datos elementales o materia prima de la experiencia.

Sensibilidad. Capacidad o posibilidad de percibir a través de los sentidos. Posibilidad de tamizar cualidades, tonos, intensidades y duración en el tiempo en referencia a un estímulo o más. Se dice de “alta” y “baja” sensibilidad aludiendo al umbral mayor o menor a sorprender por los estímulos para ser percibidos más o menos claramente o definidamente.

Sensorio. Centro sensorial teórico ubicado en el cerebro y del que depende la conciencia que tenga la persona de lo que la rodea. En psiquiatría se utiliza a menudo como sinónimo de conciencia.

Sensorio motor, nivel o período. Estadio descrito por Piaget que precede al desarrollo del lenguaje en el lactante y que consiste en los primeros 18 meses de vida. En este período éste elabora el conjunto de subestructuras cognoscitivas que servirán de punto de partida a sus construcciones perceptivas e intelectuales ulteriores, al igual que algunas formas básicas de reacción emocional que servirán de base para el desarrollo de la afectividad posterior. En este nivel, la inteligencia es simbólica y está apoyada en percepciones y movimientos. Una de las formas de pensamiento que prevalece en esta etapa es el pensamiento mágico, egocéntrico y fenomenista, que brinda las primeras capacidades de ordenamiento de relaciones del mundo circundante en el sujeto infantil.

Sensu contrario. Loc. lat., literalmente, “en sentido contrario”.

Sensu lato. Loc. lat., literalmente, en sentido amplio.

Sensual. Caracterizado por preferencia exagerada hacia estímulos eróticos.

Sensualidad. Todo lo ligado a lo sensitivo placentero. Su campo no se restringe al del erotismo.

Sensualismo. Doctrina o teoría según la cual los únicos conocimientos válidos parten o dependen de lo que nuestros sentidos nos dictan. Los sentidos son la fuente de cualquier saber y a la vez la tabla de validación del mismo.

Sensum. Cualquier dato de los sentidos.

Sentencia definitiva. Der. Aquella en que el juzgador, concluido el juicio, resuelve finalmente sobre el asunto principal, declarando, condenando o absolviendo. La que termina el asunto o impide la continuación del juicio, aunque contra ella sea admisible recurso extraordinario.

Sentencia firme. Der. La que por estar confirmada, por no ser apelable o por haberla consentido las partes, causa ejecutoria.

Sentido. Posición de una palabra, una frase o de un conjunto de ideas y afectos en relación con el sistema de relaciones en el que se encuentra entramado. También el campo de la sensación y lo sentido a través de los sentidos.

Sentido cinestésico. Sensación procedente de los músculos que se diferencia de los sentidos que reciben estímulos externos.

Sentido común. Para Gardner H., el sentido común es la habilidad para encarar problemas en forma intuitiva, rápida y tal vez inesperadamente exacta. El término suele aplicarse a ciertas habilidades como las interpersonales o las mecánicas, pero no a otras como el sentido musical. El término se puede aplicar también a quienes parecen capaces de planear con anticipación, explotar oportunidades, guiar sus destinos y los ajenos de forma prudente, no contaminados por ideologías o teorías complejas, todo lo cual estaría relacionado con la inteligencia intrapersonal y con la esfera de la voluntad. Término usado por Aristóteles y los escolásticos para denotar la capacidad de unir los distintos sentidos y también de aprehender cualidades comunes a todas las experiencias, que se llaman sensibles comunes.

Sentimiento. Llamase así a la organización subjetiva de respuestas emocionales de un sujeto ante los estímulos que lo activan. Es un concepto derivado en múltiples malentendidos históricos y conceptuales, ya que llegó a significar incluso “sensación”, con lo cual se manifiesta polisémico y poco preciso a la hora de su utilización científica o crítica. Se los suele agrupar en positivos y negativos, agradables o desagradables, lo cual tampoco dice mucho.

Sentimiento de culpa o culpabilidad. Estado o posición del sujeto en el que de forma real o fantaseada se siente culpable de haber dañado, desobedecido o infringido una regla social o personal de conducta. Concepto utilizado psicoanalíticamente en un sentido demasiado amplio, casi al borde de su desnaturalización semántica, que intenta designar un estado consecuencia de acto o actos vividos como prohibidos o contraindicados y que, por lo tanto, genera autorreproches, culpa, tristeza, inaceptación o cualquiera de las variantes del autocastigo. Afecta la honorabilidad del sujeto o a su dignidad ante el Super Yo.

Sentimiento de inferioridad. Posición minusválida ante el mundo o las exigencias personales idealizadas, expresadas por el sujeto en conductas de apocamiento, retracción, evitación, timidez y otras que expresan su inadecuación o la vivencia de ésta. En algunos casos se ha atribuido a alguna cuestión somática u orgánica un factor causal en el origen de estos sentimientos de inferioridad, o en otros la superación a través del esfuerzo y la voluntad ha permitido a los sujetos alcanzar cimas que según, estos teóricos, no hubieran alcanzado de no mediar, paradójicamente, la inferioridad que les permitió llegar a ser superiores. De todos modos, la visión que campea aquí es la del registro imaginario, indicado para medir inferioridades o superioridades en relación con supuestos ideales colectivos o individuales, cuando en realidad se trataría de evaluar si uno está o no a la altura de su deseo. El más grande investigador del sentimiento de inferioridad fue uno de los primeros discípulos de Freud, Alfred Adler, que lo consideró un factor de fuste en la constitución neurótica.

Sentimiento de superioridad. Contrapartida del anterior, definido por una marcada y enfática exageración de la valía personal como vivencia y traducible por las actitudes y conductas de los sujetos denigrando o desdeñando a los demás.

Seña. Gesto expresivo de un sujeto a otro, para el cual cobra valor de signo.

Señal de angustia. Concepto freudiano que implica un estado de alarma expectante por parte del sujeto en vistas a enfrentar situaciones o hechos generadores de una angustia mayor que podría desbordar el sistema y el equilibrio del mismo. Es como si un mínimo de angustia pusiera en alerta y luego en movimiento las defensas del sujeto. *Inhibición, síntoma y angustia* (1926) es el texto freudiano donde se trabajan exhaustivamente, ésta y otras cuestiones ligadas a la angustia.

Señuelo. Constituyen fenómenos imaginarios y, por lo tanto, dentro del campo de lo visual que se encarnan en maniobras de seducción hacia el otro y ocupan un lugar de trascendencia en el tratamiento psicoanalítico, ya que los pacientes suelen ofrecer “señuelos” para seducir y neutralizar al analista, empantanando así el proceso analítico y fortaleciendo las resistencias inherentes al proceso en sí.

Serie. Grupo de elementos discretos o no ubicados en relación de sucesión unos con otros.

Serie complementarias. Conceptualización empleada por S. Freud para caracterizar la aparición de la neurosis y que quiebra la dicotomía entre factores exógenos y endógenos, al incluirlos a ambos en distintos momentos de dichos procesos enfermantos. Las series complementarias consisten en tres elementos presentes en cualquier patologías más allá del predominio de algunos de los factores en cada caso puntual. Éstos son: 1) Factor constitucional conformado por lo genético y lo congénito. 2) Lo adquirido, que incluye experiencias a partir del nacimiento, familiares, socioculturales, etc. y 3) Factor desencadenante, o sea, aquello que precipita en determinado momento y da lugar a la manifestación psicopatológica y que puede ir desde hechos traumáticos a circunstancias evolutivas conmovedoras.

Serotoninérgico. Relativo a la serotonina. También se lo denomina, serotoninérgico.

Serotonina. Amina biógena perteneciente al grupo de las indolaminas derivada del aminoácido esencial triptófano, que participa en funciones diversas de modulación de la actividad neuronal, estando involucrada en diversas funciones como por ejemplo el apetito, el deseo sexual, el control de la impulsividad, el control de la ansiedad y del humor, el control del dolor, la regulación del sueño y la vigilia, como así también la producción y liberación de numerosas hormonas y neurotransmisores. Se produce fundamentalmente en los núcleos del rafe y desde allí viaja por los axones de sus neuronas hacia la corteza cerebral o hacia la médula espinal. Por su amplia distribución y variedad de funciones, su alteración aparece involucrada en un enorme número de cuadros psiquiátricos de naturaleza y clínica variada como por ejemplo: esquizofrenia, depresiones; trastornos de ansiedad; otros trastornos del humor; adicciones; trastornos de la alimentación; autismo; disomnias. En la década de 1960 se descubrió que el agente psicodisléptico LSD ejercía su acción a través de este neurotransmisor, sirviendo de base para el estudio de esta sustancia en la fisiopatología de las psicosis. En la década de 1990 se revitalizó el interés por esta amina, al comprobarse que fármacos de gran eficacia y de efectos distintos, como por ejemplo la clozapina (antipsicótico atípico) y la fluoxetina (antidepresivo), actuaban por interferir de algún modo en la vía de neurotransmisión de serotonina. Además de en núcleos del rafe, se encuentra en las células enterocromafines del intestino y en las plaquetas.

Serrallo. Harén.

Sertralina clorhidrato de, fármaco. Antidepresivo. Inhibidor selectivo de la recaptación de Serotonina. Indicaciones: Depresión: la sertralina (clorhidrato de sertralina) está indicada para el tratamiento de la depresión. Luego de una respuesta satisfactoria, continuar con el tratamiento con sertralina es efectivo para prevenir una recaída del episodio inicial de depresión o recurrencia de otros episodios depresivos. Trastorno obsesivo compulsivo. Trastorno de pánico. Trastorno por estrés postraumático (TEPT). Fobia social.

Servidumbre sexual. Situación buscada o provocada de sumisión sexual de un individuo a otro. Es manifestación de masoquismo.

Servilismo. Adhesión extrema a la posición o autoridad de otro. En varones, es demostrativo de ausencia de virilidad.

Sesgo. Es el desplazamiento de todas las observaciones obtenidas de una muestra en relación al valor real o aceptado. También se acepta su empleo para referirse a un error sistemático o consistente en los resultados de una prueba.

Sesión diádica. Sesión psicoterapéutica con la participación de sólo dos personas: el terapeuta y el paciente.

Set-up. Conjunto de instrumentos o aparatos ordenados y ajustados para la investigación de algún problema experimental determinado.

Sevicia. Del latín: *saevitia*. Crueldad excesiva. Trato cruel. Crueldad inmoderada con personas dependientes. Es expresión de sadismo.

Sexo. Conjunto de caracteres biológicos, inicialmente inmodificables por la cultura. Genitales externos, vulva o pene, y diferencias reproductivas biológicas.

Sexofilia. Preferencia por el sexo o la sexualidad.

Sexología. Conjunto de conocimientos sistemáticos acerca del sexo, el comportamiento sexual, la sexualidad y sus interrelaciones sociales.

Sexpol. Denominación de una sexología política planteada y desarrollada por Wilhelm Reich.

Sexuación. En la teoría psicoanalítica, alude al modo o modalidad en que hombres y mujeres se ubican en relación con la sexualidad, así como a la castración y la diferencia que son inherentes a la cuestión.

Sexualidad. Para el psicoanálisis, este concepto excede con creces el marco de lo que podríamos denominar “genital”, ya que incluye múltiples aspectos que abarcan excitaciones, zonas erógenas, desarrollos pulsionales y demás que aparecen desde el nacimiento del individuo, dando cuentas de una sexualidad que le es propia, aun antes del predominio genital madurativo. La cuestión introducida por el psicoanálisis quiebra la perspectiva del instinto y la necesidad biológica al plantear un “plus” que distingue a lo humano, donde la sexualidad va a ser “un punto de llegada” y no solamente uno de partida, como postularía un pensamiento biologizante o naturalista. De cómo un sujeto resuelva su destino sexual, dependerá su posición en relación con su deseo y con la estructura de su subjetividad.

Sexualidad femenina. En la historia del freudismo, la cuestión de la sexualidad femenina dividió el movimiento psicoanalítico desde 1920, a medida que las mujeres iban ocupando en él un lugar central. A fines del siglo XIX, como lo demuestran los historiales publicados por Sigmund Freud, Josef Breuer, Pierre Janet o Théodore Flournoy, así como las experiencias de Jean Martin Charcot en la Salpêtrière, las mujeres eran presentadas en el discurso de la psicopatología en carácter de enfermas. Mujeres histéricas, mujeres locas, mujeres hipnotizadas, fueran cuales fueren sus orígenes sociales, al principio eran objetos destinados a la observación para el progreso del saber médico. Después, con el gran movimiento de emancipación del período de entreguerras, que comenzó a liberar a las mujeres de la alienación religiosa, social y sexual que pesaba sobre ellas, fueron ocupando en la institución freudiana un lugar legítimamente suyo, convirtiéndose en médicas o psicoanalistas y, sobre todo, psicoanalistas de niños. Participaron entonces en la refundición de la teoría freudiana clásica acerca de la sexualidad, la diferencia de los sexos, la libido. Desde la perspectiva de la libido única, Freud sostenía que en el estadio infantil la niña ignora la existencia de la vagina y le atribuye al clítoris el papel de un homólogo del pene. En consecuencia, tiene la impresión de poseer un ridículo órgano castrado. En función de esta asimetría, articulada en torno a un polo único de representaciones, el complejo de castración no se organiza según Freud de la misma manera en ambos sexos. Los destinos en uno y otro caso son distintos, no sólo por la anatomía, sino también en razón de las representaciones ligadas a ella. En la pubertad, la existencia de la vagina se pone de manifiesto para los dos sexos: el varón ve en la penetración un objetivo de su sexualidad, mientras que la niña reprime su sexualidad clitorídea.

Sexualidad infantil. En contraposición a posiciones clásicas que negaban la sexualidad a los niños, el psicoanálisis trabajó la sexualidad infantil, o sea esa, que en cada etapa del desarrollo va mostrando un nivel de organización y estructuras particulares bajo el predominio libi-

dinal de una zona. Primero, oral; después, anal; luego, fállica; y posteriormente, genital. Este ha sido uno de los grandes descubrimientos freudianos, lo que le valiera la crítica despiadada de aquellos que se oponían a verificar lo evidente.

Sexualidad polifacética. En psiquiatría, forma como se manifiesta la conducta sexual de los psicópatas, que actúan relacionándose tanto con objetos como con personas de un modo peculiar.

Seyunción o sejunción. Signo descrito por Wernicke que implica la interrupción de continuidad de los procesos asociativos, que conduce a la ruptura de la personalidad unitaria del individuo.

Shamán. En las comunidades ágrafas objeto de estudio antropológico, se denomina así al hechicero o curandero del grupo o tribu, o sea, aquel que maneja los contactos con lo sobrenatural o lo mágico. Sus maniobras curativas requieren de trances (inducidos o no), fórmulas, maniobras e incluso medicaciones destinadas a la recuperación del equilibrio alterado por la enfermedad sea esta psíquica o somática.

Sí mismo. Elemento conceptual que ubica allí el plano de la verdad del sujeto en relación con los roles o personajes sociales jugados por éste en la cotidianeidad. Concepto central de la teoría junguiana, donde se trataba de que el sujeto accediera al sí mismo (selbst) confrontado con la sombra.

El sí mismo es un concepto de clara y extensa raigambre en el pensamiento filosófico (en alemán, por ejemplo), y significa al núcleo íntimo de la persona, más allá de que este esquema marque excesivamente un adentro y un afuera que no son tan taxativos y además tenga una estructura de concebir al hombre como un “saco” en el centro del cual estaría el sí mismo en una geometría ingenua o superficial. Para M. Klein y sus seguidores y discípulos, representa la totalidad del sujeto en relación con la cual el Yo es una parcialidad o parte.

Si non caste, caute. Loc. lat., literalmente, si no vives castamente, se cauto.

Si vis pacem, para bellum. Loc. lat., literalmente, si quieres la paz, prepara la guerra.

Si vis scire, doce. Loc. lat., literalmente, si quieres aprender, enseña.

Sic. Loc. lat., literalmente, así; de esta manera. En las citas textuales, escritas entre paréntesis o corchetes, esta palabra indica que una expresión que podría parecer inexacta está así en el original.

Sic transit gloria mundi. Loc. lat., literalmente, si pasa la gloria del mundo.

Sífilis. Enfermedad venérea producida por la espiroqueta *treponema pallidum* responsable de la lesión de diferentes tejidos a través de tres estadios: mucosas genitales, piel y sistema nervioso central. La afectación de este último provoca la Demencia o Parálisis general parálitica, que fue la primera enfermedad de la era moderna de la clínica psiquiátrica que respetó el paradigma anatomopatológico: se aislaba el agente causal en las lesiones de determinadas estructuras que justificaban la sintomatología. En la actualidad es muy infrecuente debido al tratamiento con antibióticos de la enfermedad.

Sífnianizar. Masturbación anal.

Significación estadística. Medida de fiabilidad de una medición estadística que informa acerca de cuánto azar ha habido en los resultados de determinada investigación.

Significante. En el sentido que le da F. Saussure, es lo designante, o sea, el cuerpo fónico o imagen acústica que remite a un significado. Por otro lado, J. Lacan, invierte el algoritmo saussureano para priorizar la importancia del significante en relación al significado, así también distribuirá el significado en el eje histórico de la diacrónia y la metáfora, y el significante en el eje de la metonimia y el sintagma, o sea, en la sincronía. Para Lacan, el significado es un resultado del juego significativo que se desplaza permanentemente produciendo significados o la ilusión de los mismos, ya que el proceso no se detiene nunca. Parafraseándolo, podríamos decir que el sentido insiste en la cadena significativa sin hallar jamás una consistencia de significado más precario.

Significado. En lingüística, es la representación que se hace consciente en el receptor u oyente en función de un sonido o una palabra proferidos por el hablante. Para F. de Saussure, el significado y el significante tienen idéntico estatuto; son como las dos caras de una moneda simétrica. En cambio, Lacan va a señalar la primacía del significante o, lo que es lo mismo, que cualquier significado no es otra cosa que el resultado del juego significativo. No hay entonces significados previos o establecidos, sino que son creados o generados y entonces no hay significados previos al acto de significación mismo.

Signo. En lingüística es el elemento tal que una información dada cualesquiera le está atribuida a una señal y esto es arbitrario, o sea, convencional.

Signo - gestalt. Es el estímulo que desencadena la respuesta sonriente; concretamente, consiste en una peculiar configuración de un rostro humano, caracterizada por: a) el rostro está de frente; b) se centra en los ojos y su entorno, es decir, frente y nariz; y c) está en movimiento.

Simbiosis. 1.- Término que indica una relación de interdependencia profunda entre organismos biológicos diferentes, cuya asociación beneficia a ambos en función de la supervivencia. Vinculación social de una especie con otra. Asociación de organismos de diferentes especies que se favorecen mutuamente en su desarrollo. **2.-** En el plano psicopatológico refiere a una variedad de vinculación de dependencia extrema y patológica entre dos personas que va en contra de la diferenciación e independencia de los miembros y, más aun, tiende a perpetuarse en el tiempo y extenderse a más áreas que las implicadas primordialmente.

Simbólico. Si bien el psicoanálisis desde su función se ha ocupado de lo simbólico, es con J. Lacan que este registro, junto con el real y el imaginario, pasa a ocupar un lugar destacado a nivel de la constitución y estatuto de lo psíquico. Término rico en derivaciones que van desde lo adjetival a la lógica simbólica, pasando por lo antropológico, hasta llegar a lo "simbólico" como sustantivo cuando se convierte en uno de los tres órdenes rectores de lo psíquico. Por definición, lo simbólico y lo lingüístico son inseparables y por eso toda la experiencia psicoanalítica está atravesada por esta relación del sujeto como simbólico, aunque para Lacan los tres registros, como inseparables que son, incluyen en el lenguaje, además de la dimensión simbólica que le es inherente, una dimensión imaginaria y otra real.

Simbolismo. Se denomina así a cualquier estructura de representación que incluya símbolos con el fin de dar lugar a las creencias y hacerlas transmisibles a través de ceremonias y ritua-

les pautados y prescriptos. Para el psicoanálisis, el simbolismo ocupa un lugar predominante en la elaboración e interpretación del material onírico como expresión del inconsciente del sujeto. Algunos han pensado, como Jung, que existe una simbología universal o arquetípica, pero ésta no es la posición freudiana.

Simbolización. 1.- Proceso de representación de la realidad y única manera de acceder en parte a ella. 2.- Mecanismo de defensa que recurre a símbolos para velar contenidos inconscientes por él aludidos pero también eludidos. Como mecanismo defensivo, es la base de la sustitución de una idea (prohibida o censurada) por otra tolerable o aparentemente neutra. Son también las simbolizaciones una forma de control y elaboración parcial de la ansiedad en diversas situaciones humanas.

Símbolo. Signo que representa o sustituye a otro del cual es sinónimo en un proceso de semiosis. Para los griegos eran también llamados presagios y, en muchos casos, representaban a través de un medio material o natural valores morales o abstractos, por ejemplo, el león, símbolo de valor, la lechuza, de la inteligencia, etc. El término griego designa, por otro lado, “lo que une” y en este sentido se opone a lo “diabólico”, o sea, lo que separa o desune. Remite siempre a otra instancia incluso pulsional cuando los símbolos representan la sexualidad, la agresividad, lo oral, lo escópico, etc. y van de lo más concreto a símbolos de un gran nivel de abstracción como las matemáticas o lógicos. En el caso del psicoanálisis es muy clara la presencia e importancia de los símbolos como representantes pasionales, por ejemplo, en los sueños, pero un gran error ha sido concebirlos como un catálogo universal, ya que es insoslayable remitirlos a la historia de cada soñante y al valor singularizado que obtienen a partir de esto.

Similar. De *simil*. Que tiene semejanza o analogía con una cosa.

Simpatía. Posibilidad supuesta de experimentar en carne propia a partir de los signos de un vivenciar en otro, emociones o sensaciones parecidas. Relacionada con la identificación en el plano imaginario y también con la mimesis o imitación.

Simpático, sistema nervioso autónomo. Rama del sistema nervioso autónomo encargada de liberar adrenalina y noradrenalina para preparar al organismo para la lucha y huida. Todas las reacciones que genera implican la degradación de energía.

Simulación. Del latín: *simulatio*, -onis. 1.- Acción de simular. 2.- Der. Alteración aparente de la causa, la índole o el objeto verdadero de un acto o contrato. Fingimiento de una situación o circunstancia. 3.- Gisbert Calabuig la define como “forma de engaño afin a la mentira, aunque con claras diferencias en su modo de expresión. La una y la otra son manifestaciones conscientemente falsas encaminadas a conseguir determinados fines mediante el engaño inducido a terceros. Pero así como la mentira es la simple expresión verbal de la falsedad, el proceso de la simulación requiere de una expresión psicomotora. Es decir, la simulación es una mentira plástica, en la que son imprescindibles la ejecución de ciertos actos y la reproducción de algunas actividades que carecen de motivación real”. Tanto los textos clásicos de medicina legal como los nomencladores clínicos actuales coinciden en señalar que los rasgos clásicos que definen la simulación son: a) acción fraudulenta voluntaria; b) imitación de signos y síntomas y c) objetivos utilitarios (el beneficio inmediato). Se describen cuatro formas típicas en la literatura de habla hispana (José

Ingenieros). 1) Simulación propiamente dicha, en donde se imita una enfermedad que no se tiene. 2) Sobresimulación, en donde se exagera la enfermedad que se posee. 3) Meta-simulación, en donde se asegura poseer la enfermedad que alguna vez se tuvo y ya no se tiene. 4) Disimulación, en donde se trata de ocultar una enfermedad que efectivamente está presente.

Simular. Representar a una cosa fingiendo lo que no es. Actitud conductual destinada a obtener alguna ventaja a partir de hacerse pasar uno por quien o por lo que no es.

Sinapsis. Punto de conexión funcional entre dos neuronas adyacentes.

Síncope. Suspensión temporal del conocimiento debido a anemia cerebral.

Sincretismo. Unión de doctrinas o sistemas de pensamiento diferentes en una que pretende ser única. Epistemológicamente hablando, alteración grave de la coherencia de una teoría, forzando contenidos de una u otras para semejar una holística verdad sumatoria, absolutamente ilícita desde lo hipotético-deductivo. De algún modo es también la modalidad de funcionamiento de aspectos de pensamiento infantil donde todo está relacionado con todo, de lo cual se puede inferir cualquier proposición o enunciado, por más fantástico que fuere.

Sincronización cerebral. Acción y efecto de sincronizar los hemisferios cerebrales derecho e izquierdo, es decir, de iniciar y mantener en ambos un ritmo único y coherente de forma tal que operen al unísono y coordinadamente. Algunos estudios han demostrado que los hemisferios cerebrales derecho e izquierdo operan de diferente manera y en diferentes ritmos, lo que ha llevado a la conclusión de que los humanos utilizan, por lo general, sólo una mitad del cerebro por vez. Pero varios especialistas han probado que en ciertos estados mentales extraordinarios tales como la meditación profunda o la intensa creatividad, ambos hemisferios mudan su funcionamiento hacia un ritmo único y coherente, operando al mismo tiempo. Los científicos llaman a este estado “sincronía”, y recientemente pudo comprobarse que ciertos instrumentos que estimulan el cerebro pueden generar ese estado.

Síndrome. Conjunto de signos y síntomas que no es propio de una sola enfermedad o entidad nosográfica, sino de varias con una presentación en común. En medicina, existe un número importante de síndrome, con nombres propios, puesto que al momento de sus descripciones se desconocía la etiología de los mismos. Sin embargo, en psiquiatría y en psiquiatría forense pueden agruparse los trastornos mentales variados y diversos del campo de la clínica en torno de un número pequeño de síndromes que facilitan su estudio y comprensión, a saber: 1) Síndrome delirante (Betta). Presenta ideas delirantes con diferentes grados de sistematización y de variada evolución. Permite describir la característica esencial del padecer del sujeto al corte sincrónico incluyendo cuadros de naturaleza disímil pero que requieren de una conducta de intervención inmediata común: Trastornos delirantes; Paranoia, Parafrenia, Esquizofrenia paranoide, Manía delirante, Melancolía delirante, Episodios agudos de cualquier etiología. Aquí el juicio se encuentra desviado. 2) Síndrome esquizofrénico. Presenta Ambivalencia, Autismo y Disgregación, pudiendo ser la exteriorización de la Esquizofrenia, Trastorno esquizoaffectivo, Trastorno esquizofreniforme, Psicosis breves y procesos tóxicos psicodislépticos.

Aquí el juicio se encuentra desviado. 3) Síndrome confusional (Betta) o de Suspensión de las funciones psíquicas (Bruno). Caracterizado por la suspensión global del psiquismo, exteriorizándose a través de un aspecto perplejo (H. Ey), desorientación, ideas delirantes e incapacidad para sostener la atención. Aquí el juicio se encuentra suspendido. Es siempre de naturaleza orgánica, excepto en muy infrecuentes formas de comienzo de hebefrenocatatonías. 4) Síndrome frenasténico (Betta) o de Insuficiencia de las funciones psíquicas (Bruno). Presente en los casos de incompleto desarrollo de las capacidades psíquicas desde el nacimiento o en los primeros años de consolidación psíquica. Es el síndrome de los retrasos mentales. Aquí el juicio se encuentra insuficiente. 5) Síndrome de excitación psicomotriz (Betta). Presenta exaltación del humor alternada con inhibición depresiva del mismo. Los distintos trastornos bipolares se integran en esta categoría. El juicio puede estar interferido catatímicamente o desviado. 6) Síndrome depresivo (Betta). Presenta humor displacentero, inhibición psicomotriz y puede presentar la tríada de H. Ey de tristeza vital, dolor moral y pesimismo. Puede encontrarse en una amplia variedad de cuadros endógenos y exógenos. Es el síndrome que en forma más frecuente puede injertarse sobre otro. El juicio puede estar interferido catatímicamente o desviado. 7) Síndrome demencial o de debilitamiento del psiquismo (Bruno). Presenta un debilitamiento global del psiquismo, con pérdida progresiva de las funciones que previamente se habían desarrollado. Puede ser la exteriorización de una amplia variedad de cuadros, que abarca tanto la demencia tipo Alzheimer como las demencias postraumáticas. Aquí el juicio se encuentra debilitado. 8) Síndrome psicoorgánico cerebral (Bleuler). Trastorno caracterizado por la presencia de los siguientes signos y síntomas: perplejidad, dificultad para sostener la atención, juicio suspendido, juicio debilitado, tenacidad afectiva, rigidez del pensamiento, estereotipias, meticulosidad, viscosidad, alucinaciones olfatorias, visuales y gustativas, fallos de memoria de diversa índole, impulsiones, tics, afasias, apraxias y otros déficit de funciones superiores. Se acompañan de alguna manifestación somática cerebral evidenciable por psicodiagnóstico, neuroimágenes, EEG o al examen físico.

Síndrome blanco. Psicosis que se da entre los exploradores del Ártico o los montañeros expuestos a la ausencia de muchos estímulos en el ambiente cubierto de nieve.

Síndrome confusional [Betta] o de Suspensión de las Funciones Psíquicas [Bruno]. Caracterizado por la suspensión global del psiquismo exteriorizándose a través de un aspecto perplejo (H. Ey), desorientación, ideas deliriosas e incapacidad para sostener la atención. Aquí el juicio se encuentra suspendido. Es siempre de naturaleza orgánica, excepto en muy infrecuentes formas de comienzo de hebefrenocatatonías.

Síndrome de abstinencia. Es el conjunto de síntomas y signos que aparecen en una persona dependiente de una sustancia psicoactiva cuando deja bruscamente de consumirla o la cantidad consumida es insuficiente. Cuadro sintomático que aparece en un sujeto dependiente debido a la disminución de los niveles en sangre de una droga. Se produce a las pocas horas cuando falta ésta.

Síndrome de abstinencia agudo. En el caso de los opiáceos, conjunto de síntomas y signos orgánicos y psíquicos que aparecen inmediatamente después de interrumpir el consumo del

opiáceo del que la persona es dependiente. Este síndrome de abstinencia suele ser espectacular, pero poco peligroso para el sujeto.

Síndrome de abstinencia condicionado. En el caso de los opiáceos, consiste en la aparición de la sintomatología típica de un síndrome de abstinencia agudo en un individuo que ya no consume, al ser reexpuesto, incluso meses más tarde, a los estímulos ambientales que fueron condicionados, a través de un proceso de aprendizaje de tipo pavloviano, al consumo de la sustancia de la que era dependiente.

Síndrome de dependencia. Conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo, a menudo fuerte y a veces insuperable, de ingerir sustancias psicoactivas ilegales o legales, aun cuando hayan sido prescritas por un médico. La recaída en el consumo de una sustancia, después de un período de abstinencia, lleva a la instauración más rápida del resto de las características de la dependencia, de lo que sucede en individuos no dependientes (*CIE-10*).

Síndrome de Down. Tipo de retraso mental, antiguamente conocido como mongolismo porque el paciente se parece físicamente a los habitantes de Mongolia. Condición de retraso y trastornos físicos conjuntos provocados por la presencia de un cromosoma suplementario (par 21) en la estructura genética del individuo.

Síndrome de Excitación Psicomotriz. (Betta). Presenta exaltación del humor alternada con inhibición depresiva del mismo. Los distintos trastornos bipolares se integran en esta categoría. El juicio puede estar interferido catatímicamente o desviado.

Síndrome de Ganser. Complejo de síntomas de histeria y simulación en el que el enfermo contesta de un modo absurdo, generalmente acerca de la naturaleza del estímulo, con par-respuesta. Por ejemplo: la nieve es verde, o un caballo tiene cinco patas.

Síndrome de Gilles de la Tourette [trastorno de tics múltiples motores y fonatorios combinados]. Se trata de una forma de trastornos de tics en el que se presentan o se han presentado tics motores múltiples y uno o más tics fonatorios, no siendo necesario sin embargo que se hayan presentado conjuntamente. El comienzo casi siempre es en la infancia o en la adolescencia. Son frecuentes antecedentes de tics motores antes de que se presenten los tics fonatorios. Los síntomas suelen empeorar durante la adolescencia y es habitual que la alteración persista en la edad adulta. Los tics fonatorios suelen ser complejos, en forma de vocalizaciones explosivas reiteradas, carraspeos, gruñidos y la utilización de palabras o frases obscenas. En ocasiones se añade una ecopraxia de los gestos que puede ser también de naturaleza obscena (copropraxia). Los tics motores y los tics fonatorios pueden ser suprimidos voluntariamente durante cortos períodos de tiempo, exacerbarse durante situaciones estresantes y desaparecer durante el sueño (*CIE 10*).

Síndrome de Korsakoff. Marcado deterioro de las funciones de la memoria anterógrada y de la memoria retrógrada, apatía, fabulación de relleno, y con preservación de las capacidades sensoriales y otras capacidades intelectuales.

Síndrome de la embriaguez de las profundidades. Psicosis inducida por derivación sensorial que se manifiesta en buzos. Se asocia a menudo a un nivel excesivo de nitrógeno en sangre, conocido como narcosis por nitrógeno.

Síndrome de ofuscación (gray out). Psicosis que se presenta en pilotos que vuelan en la estratósfera, fuera de la percepción visual del horizonte.

Síndrome del niño maltratado. Daño físico que sufre un niño como consecuencia de palizas repetidas, habitualmente dadas por uno de los padres.

Síndrome del vendaje oscuro. Psicosis inducida por el aislamiento sensorial como consecuencia de los vendajes en los ojos utilizados después de una intervención de cataratas.

Síndrome delirante. Conjunto de ideas delirantes con diferentes grados de sistematización y de variada evolución. Permite describir la característica esencial del padecer del sujeto al corte sincrónico incluyendo cuadros de naturaleza disímil pero que requieren de una conducta de intervención inmediata común: trastornos delirantes; paranoia, parafrenia, esquizofrenia paranoide, manía delirante, melancolía delirante, episodios agudos de cualquier etiología. Aquí el juicio se encuentra desviado (*Betta*).

Síndrome demencial o de Debilitamiento del psiquismo. Presenta un debilitamiento global del psiquismo, con pérdida progresiva de las funciones que previamente se habían desarrollado. Puede ser la exteriorización de una amplia variedad de cuadros, que abarca tanto la demencia tipo Alzheimer como las demencias postraumáticas. Aquí el juicio se encuentra debilitado (*Bruno*).

Síndrome depresivo. Presenta humor displacentero, inhibición psicomotriz y puede presentar la tríada de H. Ey de tristeza vital, dolor moral y pesimismo. Puede encontrarse en una amplia variedad de cuadros endógenos y exógenos. Es el síndrome que en forma más frecuente puede injertarse sobre otro. El juicio puede estar interferido catatímicamente o desviado (*Betta*).

Síndrome esquizofrénico. Presenta ambivalencia, autismo y disgregación, pudiendo ser la exteriorización de la esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno esquizofreniforme, psicosis breves y procesos tóxicos psicodislépticos. Aquí el juicio se encuentra desviado (*Bruno*).

Síndrome frenasténico o de insuficiencia de las funciones psíquicas. Presente en los casos de incompleto desarrollo de las capacidades psíquicas desde el nacimiento o en los primeros años de consolidación psíquica. Es el síndrome de los retrasos mentales. Aquí el juicio se encuentra insuficiente (*Betta*).

Síndrome general de adaptación. Es una pauta de reacción fisiológica provocada por la tensión crónica, cuya finalidad es suprimir los efectos de ésta y permitir al organismo conservar sus recursos. La pauta se divide en tres etapas: 1) la reacción de alarma, 2) la resistencia y 3) el agotamiento.

Síndrome postconmocional. Este síndrome se presenta normalmente después de un traumatismo craneal, por lo general suficientemente grave como para producir una pérdida de la conciencia. En él se incluye un gran número de síntomas dispares tales como cefaleas, mareos (en los que suelen faltar los rasgos característicos del vértigo), cansancio, irritabilidad, dificultades de concentración y de la capacidad de llevar a cabo tareas inte-

lectuales, deterioro de la memoria, insomnio y tolerancia reducida a situaciones estresantes, a excitaciones emocionales y al alcohol. Estos síntomas pueden acompañarse de un estado de ánimo depresivo o ansioso, dando lugar a una cierta pérdida de la estimación de sí mismo y a un temor a padecer una lesión cerebral permanente. Estos sentimientos refuerzan los síntomas primarios y se pone así en marcha un círculo vicioso. Algunos enfermos se vuelven hipocondríacos y se embarcan en la búsqueda constante de diagnósticos y de tratamientos, y de ellos algunos pueden adoptar el papel permanente de enfermo. La etiología de estos síntomas no es siempre clara y se han interpretado tanto como consecuencia de factores orgánicos como psicológicos. Por lo tanto, el lugar de este cuadro en la nosología es aún incierto. Por otra parte, no hay duda de que este síndrome es frecuente e implica gran malestar para el enfermo. Un diagnóstico definitivo se basa en la presencia de al menos tres de los rasgos señalados anteriormente. Debe hacerse una evaluación cuidadosa mediante exploraciones complementarias (electroencefalografía, potenciales evocados del tronco cerebral, técnicas neurorradiológicas, oculonistagmografía, etc.), dado que pueden servir para objetivar los síntomas, aunque en la mayoría de los casos estos resultados son negativos. Las quejas no son necesariamente debidas a motivos de compensación. Incluye: síndrome (encefalopatía) postconmocional, síndrome cerebral post-traumático no psicótico (*CIE 10*).

Síndrome postencefalítico. En este síndrome se incluyen los cambios de comportamiento residuales que se presentan tras la recuperación de una encefalitis vírica o bacteriana. Los síntomas no son específicos y varían de unos a otros individuos, de acuerdo con el agente infeccioso y, sobre todo, con la edad del enfermo en el momento de la infección. La diferencia principal entre este trastorno y el resto de los trastornos orgánicos de personalidad es que es a menudo reversible. Las manifestaciones de este trastorno suelen consistir en malestar general, apatía o irritabilidad, cierto déficit de las funciones cognoscitivas (dificultades de aprendizaje), alteración de los hábitos del sueño y de la ingesta, cambios de la conducta sexual y disminución de la capacidad de juicio. Pueden presentarse muy diversas disfunciones neurológicas residuales tales como parálisis, sordera, afasia, apraxia constructiva o acalculia (*CIE 10*).

Síndrome psicoorgánico cerebral. Trastorno caracterizado por la presencia de los siguientes signos y síntomas: perplejidad, dificultad para sostener la atención, juicio suspendido, juicio debilitado, tenacidad afectiva, rigidez del pensamiento, estereotipias, meticulosidad, viscosidad, alucinaciones olfatorias, visuales y gustativas, fallos de memoria de diversa índole, impulsiones, tics, afasias, apraxias y otros déficit de funciones superiores. Se acompañan de alguna manifestación somática cerebral evidenciable por psicodiagnóstico, neuroimágenes, EEG o al examen físico (*Bleuler*).

Sine die. Loc. lat., literalmente, sin día determinado. Se emplea en el sentido de que cierto acto u obligación queda aplazado en su cumplimiento indefinidamente. Sin fecha fija.

Sine ira et studio. Loc. lat., literalmente, sin cólera y con conocimiento; sin rencor ni parcialidad.

Sine iure. Loc. lat., literalmente, falta de derecho y de legalidad de un acto o de una situación determinada.

Sine qua non [conditio]. Loc. lat., literalmente, condición sin la cual no se hará una cosa o se tendrá por no hecha.

Sinergia. Unión o combinación de procesos motores o movimientos elementales o parciales en un proceso motor complejo o un movimiento coordinado.

Sinérgico. Que ejerce fuerza en conjunto.

Sinestesia. Concepto que remite a la sensación o experiencia sensible, cuando en algunos individuos las provenientes de algún sentido se asocian con otro u otros, como por ejemplo algunos para los cuales los colores tienen sonidos o son asociados con temperaturas, etc.

Siniestro. Para el psicoanálisis, es la sensación o vivencia de esa “inquietante extrañeza” que sobreviene cuando algo que era familiar se torna extraño o siniestro. Equivale a un encuentro con lo que Lacan llamó lo real, y aparece en circunstancias especiales, incluso con un margen de despersonalización, como cuando uno se ve en un espejo y por la razón que fuere, escasa luz, distracción, en un primer momento no se reconoce o se reconoce como otro. En la psicosis esquizofrénica tiene relación con los fenómenos elementales que preceden al brote o desencadenamiento psicótico. En la literatura romántica alemana, surgía con gran fuerza la cuestión del “doble” o del “sosías” siniestro, ése que era uno pero a la vez no lo era y ponía en peligro al sujeto.

Sintagma. Llamase así a la serie de elementos lingüísticos (significantes) convocados por la cadena lineal sincrónica del discurso. Eje de la metonimia y de la búsqueda incesante de objetos de deseo, que va de significante en significante sin hallar jamás el final.

Síntoma. 1.- (*Sinthome*) Si para J. Lacan en 1957 el síntoma estaba: “Inscripto en un proceso de escritura”, o en un texto a ser leído e interpretado, la evolución posterior de su pensamiento lo lleva a plantear el concepto de “sinthome”, que no reclama *prima facie* ningún tipo de lectura interpretativa, pues pasa a ser el modo particular que tiene cada cual de vérselas y habérselas con el goce. O sea, cómo cada cual se maneja con el goce derivado del propio inconsciente al ser determinado por éste. El sinthome es, entonces, la forma organizativa adquirida por el goce para el sujeto y no puede, por lo tanto, ser disuelto por intervención simbólica alguna en el análisis, porque en los tres registros que el nudo borromeo enlaza en imaginario, simbólico, real, el sinthome haría las veces de un cuarto nudo. Por eso la función del sinthome de anudamiento está por fuera del sentido y sus búsquedas y encuentros por parte del sujeto bajo transferencia analítica.

2.- Es la manifestación en el sujeto y su conducta de un conflicto inconsciente o un proceso patológico, que en algunos casos no son evidentes ni visibles sino manifestados por el que los “padece” como tales. Por otro lado, es también un índice personal o individual que el paciente “entrama” de acuerdo con la significación o el valor que les dé a dichos síntomas como parte de esa trama. Así, están aquellos que no pueden vivir sin síntomas de algún tipo y otros que al menor indicio de un síntoma entran en una angustia que los desborda. Hay síntomas primarios, o sea, aquellos que patognomónicamente nos dirigen a un diagnóstico puntual y establecido, y también los hay secundarios, o sea, cuando erráticos y cambiantes no cumplen los criterios etiológicos o descriptivos de entidad patológica alguna o señalan a varias posibles. El psicoanálisis considera el síntoma en el mismo

rango que las formaciones del inconsciente; es más: es una de ellas, junto con los sueños, los lapsus, los olvidos, los actos fallidos y demás, ya que el síntoma surge de una transacción entre un deseo que busca su realización y una defensa que se lo impide. De algún modo, el síntoma los expresa a ambos, por eso es una formación transaccional. Los síntomas, en su riqueza y variedad, no se reducen a lo singular, sino que también los hay familiares, institucionales, culturales, etc. El valor heurístico que tiene el síntoma es que nos permite ver y escuchar algo de lo que por inferencia podemos deducir ocurre en cualquier sistema, desde el psíquico hasta complejos sistemas sociales y culturales. Por eso, síntoma y proceso son inseparables, y debemos a través del síntoma llegar a entender lo que subyace como dinámica.

Síntomas de abstinencia. Están constituidos por vómitos, temblor, sudoración profusa y otros síntomas físicos y emocionales que surgen como consecuencia de la interrupción de la administración de un fármaco adictivo o habitante.

Síntoma de conversión. Pérdida o alteración del funcionamiento sensorial o motor voluntario que sugiere una enfermedad médica o neurológica. Se supone que ciertos factores psicológicos están asociados al desarrollo del síntoma, de modo que el síntoma no se explica por completo por una enfermedad médica o neurológica ni por los efectos directos de una sustancia. El síntoma no está producido intencionadamente ni es fingido, y no está sancionado culturalmente.

Síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo. Ideas delirantes o alucinaciones cuyo contenido es plenamente coherente con los temas típicos de un estado de ánimo deprimido o maníaco. Si el ánimo es depresivo, el contenido de las ideas delirantes o las alucinaciones consistirá en temas de inadecuación personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido. El contenido del delirio puede incluir temas de persecución si parten de conceptos autodespectivos como un castigo merecido. Si el ánimo es maníaco, el contenido de los delirios o alucinaciones incluirá temas sobre valor, poder, conocimientos o identidad exagerados o sobre una relación especial con una deidad o persona famosa. El contenido del delirio puede incluir temas de persecución si se basan en conceptos como un valor exagerado o un castigo merecido.

Síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo. Ideas delirantes o alucinaciones cuyo contenido no es coherente con los temas típicos de un ánimo depresivo o maníaco. En el caso de la depresión, los delirios o las alucinaciones no implicarán temas de inadecuación personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido. En el caso de la manía, los delirios o las alucinaciones no entrañarán temas de valor, poder, conocimientos o identidad exagerados o de relaciones especiales con una deidad o un personaje famoso. Son ejemplos de síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo los delirios de persecución (sin contenido autodespectivo o de grandeza), la inserción del pensamiento, la difusión del pensamiento y las ideas delirantes de ser controlado, cuyo contenido no guarda relación aparente con ninguno de los temas anteriormente enumerados.

Sintonía. Correspondencia del individuo con su medio.

Sistema. 1.- Conjunto diacrónico de hechos que representan al sujeto en su devenir histórico. 2.- Eje de la metáfora, donde las expresiones pueden ser sustituidas unas por otras, axialidad que representa al sujeto irrepresentable de manera puntual ya que hay “metáfora del sujeto y no sujeto de la metáfora”.

Sistema nervioso central. Refiere esencialmente al cerebro y la médula espinal, dejando los nervios aferentes y eferentes.

Sistema nervioso autónomo. Parte del sistema nervioso, que funciona independientemente de la conciencia y rige funciones tales como la respiración, la frecuencia cardíaca y la digestión. Tradicionalmente se lo subdivide en dos ramas: sistema nervioso simpático (que utiliza noradrenalina y adrenalina como neurotransmisores y que media los mecanismos de alarma y que prepara al organismo para las reacciones de pelea y huida) encargados de procesos de consumo metabólico y el sistema nervioso parasimpático (que utiliza acetilcolina como neurotransmisor), encargado de funciones almacenamiento metabólico.

Sistema nervioso parasimpático. Parte del sistema nervioso autónomo que permite a una persona prepararse para periodos de almacenamiento energético. Su principal neurotransmisor postsináptico es la acetilcolina. Ver Sistema nervioso autónomo.

Sistema nervioso periférico. Alude a los haces de raíces y nervios formados u originados por ella, emergentes del SNC (Sistema Nervioso Central) y que según sus funcionalidades son sensitivos, motores o combinando ambas características. Es la estructura comunicante del cerebro y la médula con los órganos receptores y efectores que se hallan en la periferia.

Sistema nervioso simpático. Corresponde al sistema de la cadena ganglionar que comunica por fuera del cerebro y la médula con los órganos encargados de las funciones vitales básicas y esenciales (digestión, respiración, secreción, etc.). Es el encargado de la vida vegetativa del organismo viviente.

Sistema nervioso vegetativo. Conjunto de las fibras nerviosas no controladas por la voluntad. Tiene la función de coordinar y guiar la actividad de los órganos internos. Se subdivide en sistema simpático y parasimpático.

Situación analítica. Denominase así a la relación planteada entre un paciente en análisis y su analista en la clínica bajo transferencia, siendo ésta un elemento indispensable de dicha situación y relación.

Sobrecompensación. Proceso por el cual un individuo exagera su potencia y dominancia en un esfuerzo por superar sentimientos de inferioridad o inadecuaciones reales o imaginarias.

Sobre determinación. Concepto que refiere al fenómeno en el cual múltiples y variables determinaciones confluyen en la generación de un efecto dado, sea éste una conducta, una evitación, un sueño, u otros de índole parecida. S. Freud se ocupó especialmente de ella en el trabajo con los sueños, donde el fenómeno se muestra con luces propias y con cierta relación al mecanismo de condensación una de las leyes de funcionamiento del inconsciente, junto con el desplazamiento. Cualquier elemento del sueño está sobre determinado, en primer lugar, por la índole pulsional, por la defensa destinada a detenerlo en su expresión, por la figurabilidad del material onírico, por la circunstancia histórica pun-

tual del soñante, por los restos diurnos, por los recuerdos encubridores y demás. El sueño en sí es el producto de esta sobredeterminación de fuerzas de interacción. Por otro lado, también los síntomas y las demás formaciones del inconsciente están sobredeterminadas en su presentación y gestación procesal.

Sobreseer. Del latín: *supersedere*, cesar, desistir. 1.- Desistir de la pretensión o empeño que se tenía. 2.- Cesar en el cumplimiento de una obligación. 3.- Der. Cesar en una instrucción sumarial; y por extensión, dejar sin curso ulterior un procedimiento (*Dicc. Real Acad. Española*).

Sobreseimiento. Acción y efecto de sobreseer.

Sobreseimiento libre. Der. El que por ser evidente la inexistencia de delito o la irresponsabilidad del inculcado pone término al proceso con efectos análogos a los de la sentencia absolutoria.

Sobreseimiento provisional. Der. El que por deficiencia de pruebas paraliza la causa.

Social, psicología. Estudio de las relaciones entre individuo y la sociedad.

Socialización. Proceso por el cual los individuos, en su interacción con otros, desarrollan las maneras de pensar, sentir y actuar que son esenciales para su participación eficaz en la sociedad. Proceso mediante el cual el sujeto desarrolla e integra sus cualidades en el ámbito de una sociedad o grupo sociocultural que lo “troquela” o modela de acuerdo con sus parámetros en lo general para hacerlo parte de esa entidad mayor y con un trabajo que comienza con la familia, continúa con la escuela y sigue toda la vida a través de las diversas instituciones que lo atraviesan y en las cuales participa como parte. El precio obligado para socializarse es la renuncia pulsional a la satisfacción inmediata de nuestros deseos, a los que la sociedad propone formas y modos válidos aceptados de manifestación, expresión y realización.

Sociedad de las Noches del Miércoles. Pequeño grupo de seguidores de Freud que en 1902 empezaron a reunirse informalmente con él los miércoles por la noche para recibir instrucción en psicoanálisis. Cuando la sociedad aumentó de número de miembros y de importancia, se convirtió, en 1910, en la Sociedad Psicoanalítica de Viena.

Sociedad Psicoanalítica de Viena. Sociedad en la que se convirtió la Sociedad de las Noches del Miércoles, grupo informal de los primeros seguidores de Freud. En 1910, cuando la sociedad se convirtió en un componente de la Sociedad Psicoanalítica Internacional recién fundada, tomó este nuevo nombre y fue reorganizada. Alfred Adler fue el presidente desde 1910 hasta 1911 y Freud fue el presidente desde 1911 hasta que fue disuelta por los nazis en 1938.

Sociobiología. Estudio del comportamiento social de los organismos fundado en la premisa de que dicha conducta tiene su origen en pautas genéticas.

Sociograma. Representación diagramática de las elecciones, rechazos e indiferencias de varias personas implicadas en una situación vital.

Sociómetro. Investigador social que se dedica a medir las relaciones interpersonales y estructuras sociales de una comunidad.

Sociometría. Método objetivo para evaluar los criterios de atracción, rechazo o indiferencia que operan entre los miembros de un grupo.

Sodomía. Sexo anal.

Soez. Bajo, grosero, indigno, vil. Sucio. Se refiere generalmente a lo sexual.

Sofisma. Argumentación falaz o indecible que opera retóricamente a los fines de engañar, convencer o vencer a otro en una disputa verbal. Lo significativo de este recurso es la dificultad de detectar la falacia implícita en él por estar ornado de bellezas discursivas o aparentes “cierres” de controversias que generan un efecto hipnótico en el interlocutor o directamente “lo dejan sin palabras”. Era un argumento o una argucia muy utilizado por los sofistas.

Sofisma del psicólogo. Aunque toda disciplina pueda valerse de sofismas y enredarse con ellos, en este caso se refiere a la confusión generada por los conocimientos del psicólogo quien interpreta lo que le ocurre al paciente desde sus referencias teóricas y, de este modo, no escuchan ni ven lo que realmente está diciendo el paciente de lo que vivencia o le ocurre. Podríamos definirlo como un obstáculo epistemológico o un “punto ciego” (escotoma) del profesional, que está a la altura de su posición y circunstancia.

Soledad. Sentimiento duradero y desagradable de no estar relacionado significativamente con alguien. Se pueden apreciar dos tipos de soledad: a) la soledad por aislamiento emocional, que deriva de la ausencia de una relación íntima con una figura significativa y b) la soledad por aislamiento social, que ocurre por falta de lazos con un grupo social de pertenencia.

Solipsismo. Forma de idealismo para la cual solo existen los sujetos y lo demás son epifenómenos o parte de un universo apariencial o engañoso. Muy propio como modalidad del pensamiento omnipotente en desmedro de la circunstancia y campo de funcionamiento de un narcisismo exacerbado donde solo importa el sujeto y lo demás no existe o es secundario.

Soma. Conjunto de tejidos constituyentes de un organismo viviente, con excepción de las células germinales, ya que no intervienen en la transmisión hereditaria.

Somático. Referido al soma o al cuerpo como estructura, sin incluir los órganos internos. Armazón corporal y adjetivo que califica fenómenos de ese orden.

Somatización. Proceso por el cual se transforman o convierten problemas emotivos en síntomas somáticos.

Somatoagnosia. Desconocimiento o negación patológica de la existencia de una parte o varias del cuerpo.

Somatopsicosis. Caracterización del psiquiatra alemán Wernicke para referirse a un trastorno grave por el cual una ilusión cobra cuerpo o se corporaliza, negando o afirmando la existencia de entidades corporales descabelladas o inexistentes.

Somatopsique. Relación entre lo orgánico-funcional y lo psíquico.

Sombra. Según Jung, son los aspectos ignorados, rechazados e inadaptados del sujeto que pueden irrumpir en la conciencia sin aviso, traduciendo entonces en estados de ánimo o conductas que el mismo sujeto no puede explicar ni adscribir a sí mismo. La sombra puede ser proyectada en otros, cuando asignamos cualidades a otras personas que rechazamos en nosotros mismos.

Somniloquio o Somniloquia. Refiere al habla durante el sueño y es a veces característico de estados epilépticos o del sonambulismo.

Somnofilia. Acariciar y realizar sexo oral a una persona dormida hasta despertarla.

Somnolencia. Dícese del estado especial intermedio entre la vigilia y el sueño o entre el sueño y la vigilia, donde se presentan fenómenos que mezclan elementos oníricos u oniroides con aspectos de la vida despierta. Las defensas conscientes están más laxas y el sujeto puede darse a la ilusión incluso perceptiva y seguir sus recorridos. Son también los momentos hipnagógicos e hipnopómpicos.

Sonambulismo. El sonambulismo es un estado de disociación de la conciencia en el que se combinan fenómenos propios del sueño y de la vigilia. Durante un episodio de sonambulismo, el individuo se levanta de la cama, por lo general durante el primer tercio del sueño nocturno, y deambula, presentando un bajo nivel de conciencia, una escasa reactividad a estímulos externos y una cierta torpeza de movimientos. En general el sonámbulo abandona el dormitorio y puede llegar a salir de su casa y, por lo tanto, durante estos episodios se expone a un considerable riesgo de lesionarse. Sin embargo, por lo general suelen volver tranquilamente a su casa por sí mismos, o bien dirigidos suavemente por otras personas. Cuando se despiertan, ya sea tras el episodio de sonambulismo o a la mañana siguiente, no suelen recordar estos hechos. El sonambulismo y los terrores nocturnos están estrechamente relacionados. Ambos son considerados como trastornos de los mecanismos del despertar y se presentan fuera de las etapas más profundas del sueño (estadios III-IV). Muchos enfermos tienen antecedentes familiares o personales de cualquiera de estos trastornos. Además, ambos son mucho más frecuentes en la infancia, lo que pone de relieve el papel que juegan en su etiología factores ligados al desarrollo. Asimismo, en algunos casos el comienzo de estos trastornos coincide con una enfermedad febril. Cuando el sonambulismo o los temores nocturnos persisten o se presentan por primera vez en la madurez, ambos tienden a estar relacionados con trastornos psicológicos importantes. Debido a las semejanzas clínicas y patogénicas entre el sonambulismo y los terrores nocturnos y al hecho de que el diagnóstico diferencial entre ambos trastornos consiste normalmente en determinar cuál de ellos predomina, recientemente se considera que forman parte de un espectro nosológico común. Pese a todo y con el fin de mantener la clasificación tradicional y a la vez que para destacar las diferencias de su expresión clínica, se proporcionan claves separadas para su codificación. Los rasgos clínicos esenciales son los siguientes: a) el síntoma predominante es la presencia de episodios repetidos de levantarse de la cama durante el sueño y deambular durante unos minutos o hasta media hora, normalmente durante el primer tercio del sueño nocturno; b) durante el episodio el individuo tiene la mirada en blanco, no responde plenamente a los esfuerzos de los otros para modificar su comportamiento o comunicarse con él y resulta muy difícil despertarlo; c) al despertarse del episodio o a la mañana siguiente, el individuo no recuerda nada de lo sucedido; d) al cabo de unos minutos de haberse despertado tras un episodio, no se pone de manifiesto deterioro alguno en la actividad mental o en el comportamiento, a pesar de que puede darse, inicialmente, un breve período de tiempo en el que haya cierta confusión y desorientación; y e) no hay evidencia alguna de un trastorno mental orgánico, tal como una demencia o una epilepsia (*CIE 10*).

Sotadismo. Sexo anal.

Soteria. Reacción ante un determinado estímulo, del que se obtiene una sensación de protección y seguridad absurda e injustificada.

Sotérico, objeto. Objeto que proporciona una sensación de seguridad infundada.

Souteneur. Expresión francesa que designa al lenón, el que persuade a una mujer para que tenga trato lascivo.

Spitz, René Arpad [1887-1974]. Médico y psicoanalista norteamericano. Célebre en todo el mundo por sus trabajos sobre el hospitalismo y su psicología, llamada “genética”. Nació en Viena en una familia húngara y pasó su infancia en Budapest, donde estudió medicina. Sandor Ferenczi lo envió a realizar un análisis didáctico con Sigmund Freud en 1911. Después de pasar por París, emigró a los Estados Unidos en 1938. Se instaló primero en Nueva York y más tarde en Denver, Colorado, donde desarrolló sus investigaciones siguiendo los principios de una medicina preventiva. Desde esta perspectiva se interesó por las primeras relaciones de objeto, los estadios, las carencias afectivas y los trastornos del lenguaje vinculados con la internación de niños de poca edad en instituciones hospitalarias.

Statu quo. Loc. lat. que se usa como sustantivo masculino para designar el estado de las cosas en un determinado momento.

Status. Sociológicamente, designa la posición social de un individuo o grupo cualesquiera, que se mide de acuerdo con ingresos, conocimientos, profesionalidad, nivel de vivienda, etc. También campo de expresión de las aspiraciones y expectativas de un sujeto en relación con el ideal y lo deseado.

Stekel, Wilhelin [1868-1940]. Psicoanalista vienés. Sugirió que se formase el primer grupo freudiano, la Sociedad de las Noches del Miércoles, que se convirtió más tarde en la Sociedad Psicoanalítica de Viena. Dado a la intuición más que a la investigación sistemática, su concepción de los sueños demostró ser estimulante y constituyó un avance en el conocimiento de los símbolos. Sin embargo, su análisis silvestre resultó incompatible con la escuela freudiana. Introdujo el término tánatos para significar deseo de muerte.

Strachey James [1887-1967]. Psicoanalista inglés. Traductor de la obra completa de Sigmund Freud.

Stricto sensu. Loc. lat., literalmente, en sentido estricto; en forma precisa.

Strip poker. Juego de cartas donde los perdedores se van quitando la ropa pieza por pieza.

Sub iudice. Loc. lat., literalmente, bajo tratamiento judicial; pendiente de resolución de los tribunales.

Subconsciente o subconciencia. Concepto muy utilizado antaño en psicología para referirse a lo que es parcialmente consciente pero que puede hacerse consciente en diversas circunstancias o a través de procesos determinados a ello (sugestión, hipnosis, etc.). Si bien Freud en los inicios lo equiparó a lo inconsciente, hoy día es rechazado (como lo fue por parte del mismo Freud) por ser confuso y engañoso y los equívocos y malos entendidos que genera. Hoy día es más un término literario que un concepto teórico.

Subjetividad. Valoración cualitativa e interpretativa de un objeto o experiencia influida por los sentimientos y pensamientos del individuo.

Sublimación. Mecanismo de defensa inconsciente por medio del cual impulsos instintivos inaceptables son desviados a canales aceptables personalmente y socialmente. A diferencia de otros mecanismos de defensa, la sublimación ofrece una cierta gratificación mínima del impulso instintivo. Proceso postulado por Freud para explicar ciertas actividades humanas que aparentemente no guardan relación con la sexualidad, pero que hallarían su energía en la fuerza de la pulsión sexual. Freud describió como actividades de resorte principalmente la actividad artística y la investigación intelectual. Se dice que la pulsión se sublima, en la medida en que es derivada hacia un nuevo fin, no sexual, y apunta hacia objetos socialmente valorados. El término “sublimación”, introducido en psicoanálisis por Freud, evoca a la vez la palabra sublime, utilizada especialmente en el ámbito de las bellas artes para designar una producción que sugiere grandeza, elevación, y la palabra sublimación, utilizada en química para designar el proceso que hace pasar directamente un cuerpo del estado sólido al estado gaseoso. Una pulsión se sublima cuando es derivada hacia un nuevo fin, no sexual y socialmente valorado, como el arte o la producción intelectual. En las demás defensas, el impulso es mantenido a raya mediante una elevada contracarga: en la sublimación ello no ocurre porque se quita energía al impulso cargándolo en otro fin. Para Fenichel, la sublimación es la única defensa exitosa, pero tengamos presente que las otras defensas también pueden usarse normalmente. La sublimación implica una modificación del Yo.

Subliminal. Caracterización de diversos fenómenos que están por debajo del umbral de la conciencia plena o taxativa. Se trata de aquello dirigido a motivar a los sujetos en alguna dirección, por ejemplo, consumista, a través de estímulos perceptivos de escasa intensidad pero que generan a la larga, por su reiteración, un efecto predisponerte posterior.

Succinilcolina. Potente relajante muscular utilizado en anestesia y en el tratamiento electroconvulsivante.

Sucesión. Del latín: *successio*, -onis. Acción y efecto de suceder. Prosecución, continuación ordenada de personas, cosas, sucesos, etc. Entrada como heredero o legatario en la posesión de los bienes de un difunto. Conjunto de bienes, derechos y obligaciones transmisibles a un heredero o legatario.

Sucesión forzosa. La que está ordenada preceptivamente, de modo que el causante no pueda variarla ni estorbarla.

Sucesión intestada. La que se verifica por ministerio de la ley y no por testamento.

Sucesión testada. La que se defiende y regula por la voluntad del causante, declarada con las solemnidades que exige la ley.

Sucesión universal. La que transmite al heredero la totalidad o una parte alícuota de la personalidad civil y del haber íntegro del causante, haciéndole continuador o partícipe de cuantos bienes, derechos y obligaciones tenía este al morir.

Súcubo. Especie de demonio que en los sueños se aparecía al soñante bajo la apariencia femenina, opuesto a los “íncubos”, que lo hacían bajo la apariencia masculina.

Sucusturpación. Masturbación que se practica a través de la succión de los propios senos.

Sudorofilia. Atracción por el sudor de la pareja.

Sueño. Interrupción fisiológica espontánea y periódica de la actividad de la conciencia, acompañada por cambios funcionales en algunos órganos. Mitológicamente, el Sueño es hijo del Erebo y la Noche y padre de los sueños, que residía en la isla de Lemnos. En su cueva jamás penetraban los rayos del sol y nada perturbaba la tranquilidad allí operante. Por delante de su palacio corría el río del Olvido (Leteo) y no se oía otro ruido que el de sus aguas fluyendo. Alrededor de estos parajes crecían las “adormideras” y otras plantas inductoras del sueño en los hombres, cosa que la Noche instrumentaba diariamente. En la habitación central del palacio, un lecho de ébano negro cubierto por un cortinado del mismo color era el lugar donde descansaba el dios del Sueño, teniendo en una mano un cuerno y en la otra, un colmillo de elefante. Alrededor suyo dormían los “sueños” placidamente y su ministro Morfeo velaba por el silencio casi ritual en ese espacio. Un sueño tiene a la vez una finalidad psicológica y biológica. Proporciona una salida para la liberación de impulsos instintivos y el deseo de satisfacción de necesidades y fantasías arcaicas inaceptables en el mundo real.

Sueño diurno. Modalidad del ensueño durante la vigilia, que al igual que el sueño implica un grado de expresión del deseo del sujeto implicado. Los mecanismos de formación también se basan en los del sueño, aunque la labor de la elaboración secundaria es más evidente.

Sueño erótico. Sueño en que la actividad onírica del individuo tiene contenido sexual. Puede desembocar en polución u orgasmo y refleja a menudo situaciones de represión del instinto.

Sueño No-REM. Período del sueño en el que no se aprecian movimientos oculares rápidos.

Sueño REM. Período profundo del sueño, durante el cual el durmiente presenta movimientos oculares rápidos (REM, Rapid Eye Movements) se cree que constituye entre la quinta parte y la cuarta parte del tiempo total del sueño.

Sueños, trastornos del. Ejemplos de trastornos que pueden ocurrir en relación con el dormir son las disomnias, la hipersomnia, el insomnio, la parasomnia, el somniloquio y la narcolepsia. También pueden mencionarse el mioclonus nocturno (contracción muscular que produce sacudidas repetidas de las extremidades durante el sueño), la jactatio capitis nocturna (balanceo repetitivo de la cabeza o de todo el cuerpo desde el inicio del sueño hasta la primera aparición del estadio MOR) y la apnea del sueño (interrupción de la respiración durante diez o más segundos).

Sugestibilidad. Estado de facilidad de respuesta dócil a una idea o influencia. Se observa a menudo entre personas con rasgos histéricos.

Sugestión. Del latín: *suggestio*, -onis. Acción de sugerir. Idea o imagen sugerida. Se usa generalmente en sentido peyorativo. Acción y efecto de suggestionar. Influencia sobre el sujeto, no reconocida como tal, de la palabra de otro investido de autoridad. Término que designa un medio psicológico para convencer al individuo de que sus creencias, opiniones o sensaciones son falsas, y que, por el contrario, las que se le proponen son verdaderas. Método utilizado en los principios de su teoría por S. Freud para traer a la conciencia contenidos reprimidos u olvidados por el paciente, a través del expediente del convencimiento en el que era posible acceder a ellos bajo la presión o la fe depositadas en aquel que los solicita (terapeuta).

Sugestionar. 1.- Inspirar una persona a otra hipnotizada palabras o actos involuntarios. 2.- Dominar la voluntad de una persona, llevándola a obrar en determinado sentido. 3.- Fascinar a alguien, provocar su admiración o entusiasmo.

Sui generis. Loc. lat., literalmente, muy especial; peculiar.

Suicidio. Término surgido del latín *sui* (de sí mismo) y *caedes* (asesinato), introducido en inglés en 1636 y en francés en 1734 para designar el acto de matarse a sí mismo como enfermedad o patología, en oposición a la antigua formulación de la “muerte voluntaria”, sinónimo de crimen contra sí mismo.

Sujeto. Es un término que S. Freud utilizó escasas veces y que en general está asociado a lo jurídico, lo filosófico o lo sociológico. J. Lacan le da un estatuto fundacional en su obra y lo distingue radicalmente del Yo. Para él hay sujeto del enunciado y un sujeto de la enunciaci3n, ya que como hablante est3 escindido o dividido en el acto de habla. Por eso el sujeto no sabe lo que dice (o no sabe todo lo que est3 diciendo al hablar) y a la vez dice mucho m3s de lo que sabe o se propone decir. Por eso, tambi3n el sujeto lo es de una divisi3n que lo funda como tal y como sujeto del inconsciente o, lo que es lo mismo, “sujetado” a la otra escena (inconsciente).

Sulamitismo. Preferencia de hombres maduros por mujeres prep3beres. Deriva la denominaci3n de las sulamitas, compa3eras sexuales del rey Salom3n.

Summum ius, summa iniuria. Loc. lat., literalmente, exceso de justicia, exceso de injusticia. Indica que una aplicaci3n demasiado rigurosa de la ley puede en ocasiones originar injusticia.

Suo tempore. Loc. lat., literalmente, a su tiempo; en la ocasi3n precisa.

Super Yo. Una de las tres partes integrantes del aparato ps3quico. Las otras dos son el Yo y el Ello. Freud cre3 el concepto te3rico de Super Yo para describir las funciones ps3quicas que se expresan en las actitudes morales, la conciencia y un sentimiento de culpabilidad. El super Yo es consecuencia de la internalizaci3n de las normas 3ticas de la sociedad en la cual vive la persona y se desarrolla por identificaci3n con las actitudes de los padres. Es sobre todo inconsciente y se cree que se desarrolla como reacci3n al complejo de Edipo. Tiene una funci3n protectora y gratificadora, a la que se alude como Yo ideal, y una funci3n cr3tica y punitiva, que suscita el sentimiento de culpabilidad.

Superavit. Loc. lat. que usa en contabilidad, para expresar la cantidad que sobrepasa a la de los gastos.

Superdotaci3n. La Organizaci3n Mundial de la Salud considera superdotada a aquella persona con un coeficiente intelectual por encima de los 130 puntos. Se definen por poseer aptitudes que sobrepasan claramente la capacidad media de los ni3os de su edad y por tener un talento creador en uno o varios campos. Superdotados y precoces no son sin3nimos. La problem3tica de estos ni3os se relaciona con el hecho de que la superioridad intelectual no entra3a necesariamente el 3xito, ni el 3xito implica el desarrollo de la personalidad, ni la preparaci3n para la asunci3n del fracaso y la frustraci3n. As3, por ejemplo, un peque3o problema puede ser un factor de desadaptaci3n con regresi3n, p3rdida de motivaci3n e indiferencia escolar.

Superhombre. Concepto elaborado por F. Nietzsche y que significa al hombre capaz de darse por elección sus propios valores que aunque coincidan con los valores de su tiempo implican un compromiso desde el quererlos y no solo desde el deber cumplirlos. Está más allá de la moralina cobarde de la conducta superficial, ya que apunta a lo profundo. Fue muy mal entendido y confundido con el hombre superior de ciertas vetas racistas, cosa con la que no tiene nada que ver.

Supermacho. Dícese del individuo que tiene fórmula cromosómica XYY. Tiene gran desarrollo de caracteres sexuales masculinos. Superman es el nombre de un personaje de historietas que posee gran fuerza y, por extensión, se aplica a varones en que sobresalen condiciones de fuerza.

Superstición. Movimiento creencial que atribuye a causas sobrenaturales o no demostradas ser la causa de determinados fenómenos que no cuadran en los parámetros explicativos usuales. Sinónimo de oscurantismo dogmático que va a contrapelo del sentido común y el científico.

Supletorio. El que se pide a la parte a falta de otras pruebas.

Supresión. Mecanismo a través del cual es posible abolir de la conciencia contenidos pulsionales generadores de displacer, ya sea en idea o en impulso, ya que su plasmación sería intolerable para el Yo o el Super Yo. En este plano tiene puntos de contacto con la represión. En lo específico se diferencia por que: 1) Es una operación consciente en muchos casos y lo suprimido puede volver más o menos prontamente a ser consciente. 2) Los afectos o ideas suprimidos no van al inconsciente como los producidos de la represión, sino que salen del campo consciente quedando como suspendidos y prestos a ser activados. Así, la represión es inconsciente, la supresión es consciente, como una maniobra del Yo, que “barre” lo que lo molesta hacia un “debajo de la alfombra”, recuperable, con solo sacudirla. Desde otro punto de vista, sería el mecanismo de defensa a través del cual el individuo se enfrenta a conflictos emocionales o amenazas de origen interno o externo, evitando intencionalmente pensar en problemas, deseos, sentimientos o experiencias que le producen malestar o displacer.

Suprimir. Del latín: *supprimere*. 1.- Hacer cesar, hacer desaparecer. 2.- Suprimir un empleo, un impuesto, una pensión. 3.- Omitir, callar, pasar por alto.

Supuesto. Axioma primario o fundante que se da por verdadero basamento de una teoría, aunque no haya sido demostrado por actuar como basamento del sistema.

Supuesto saber. Atribución hecha por el paciente en referencia a su analista como efecto de la transferencia y a la vez requisito fundamental para que el proceso analítico continúe o se inicie.

Surco balano prepucial. Línea anatómica de separación entre el tronco del pene y del glande.

Sustanciación. Etapa del proceso donde se tramita un juicio hasta dejarlo en condiciones de ser abierto a prueba.

Sustitución. Mecanismo de defensa inconsciente por el cual una persona sustituye un deseo, impulso, emoción u objetivo inaceptables por otro más aceptable.

Sustitución de síntomas. Proceso psíquico inconsciente por el cual se libera indirectamente un impulso reprimido, que se manifiesta por medio de un síntoma. Síntomas tales como las obsesiones, compulsiones, fobias, la disociación, ansiedad, depresión, las alucinaciones e ideas delirantes son ejemplos de sustitución de síntomas. Se conoce también como formación de síntomas.

Sustituto paterno. Según el psicoanálisis, el paciente proyecta la imagen de su padre en otra persona y responde a esa persona en forma inadecuada e irreal con los sentimientos y aptitudes que tenía hacia su padre original.

Suum cuique. Loc. lat., literalmente, a cada uno lo suyo.

Swapping. Vocablo con que se conoce el intercambio de esposas.

Swingerismo (del inglés *swinger*: “desinhibido”). Intercambio de parejas.



Tabes. Parálisis sifilítica.

Tabú. 1.- Del polinesio tabú, lo prohibido. Prohibición de comer o tocar algún objeto, impuesta a sus adeptos por algunas religiones de la Polinesia. Por extensión, la condición de las personas, instituciones y cosas a las que no es lícito censurar o mencionar. 2.- Prohibición convencional impuesta por tradición o costumbre a ciertos actos, maneras de vestir, temas o palabras en la conversación, cuya infracción es materia, no de persecución legal, sino de reprobación y persecución social.

Tabula rasa. Tablilla o pizarra en blanco. Metáfora utilizada por los sensualistas para ejemplificar que el cerebro no poseía ninguna representación sino que todas se formarían a partir de las impresiones sensoriales. Esta es la tesis de Locke en el *Tratado del entendimiento humano*.

TAC. Tomografía Axial Computada.

Taedium vitae. Loc. lat., literalmente, tedio de la vida; disgusto de vivir.

Tafefilia. Excitación proveniente de ser enterrado vivo.

Tafefobia. Temor mórbido de ser enterrado vivo.

Talión, ley del. Antiguo precepto bíblico que se resume en la fórmula “Ojo por ojo, diente por diente”. Para el psicoanálisis se subsume en el término “retaliación”, con claros ligamentos con la problemática edípica, donde el niño teme el castigo por sus deseos incestuosos dirigidos a la madre.

Talismán. Fetiche, objeto utilizado a los fines de protección del mal. Casi todas las culturas arcaicas han tenido gran variedad de talismanes de todo tipo (propiciatorios, conjuratorios, amorosos, defensivos, etc.) e incluso la cultura contemporánea tiene los suyos.

Tanatofobia. Miedo mórbido de morir descrito por Morselli.

Tanatología. Estudio de la muerte y del proceso que lleva a ella.

Tanatomanía. Obsesión neurótica por atender funerales, asistir a velatorios o leer noticias necrológicas.

Tánatos. Genio alado que entre los griegos representaba a la Muerte; era hermano de Hipnos (El Sueño) y ambos hijos de la Noche. En el psicoanálisis es un término utilizado para referirse a la pulsión de muerte, antípoda con respecto a Eros o pulsión de vida. Freud en sus escritos no utilizó la palabra aunque sí, según parece, en conversaciones con colegas.

Tangencialidad. Trastorno de los procesos de asociación del pensamiento en el cual el paciente es incapaz de expresar su idea. En contraste con lo que ocurre en la circunstanciali-

dad, la digregación en lo tangencialidad es tal que no se comunica la idea central. Pereyra atribuye a este signo, siguiendo a Rogues de Fursac, una mixtura de factores ideofugales y atencionales, gracias a los cuales “el enfermo compenetrado de la pregunta no respondería adecuadamente porque dada la movilidad de la atención reemplazaría la respuesta por el contenido de una representación automática de la misma índole, por haber sido despertada por el estímulo”. Es frecuente en pacientes esquizofrénicos y orgánicos cerebrales. Este signo también se denomina pararespuesta o respuesta de lado.

Taquifemia. Alteración del habla que se caracteriza por la rapidez excesiva de la palabra, la omisión de sílabas o sonidos y la articulación imprecisa de los fonemas.

Taquilalia. Aceleración del ritmo de emisión de las palabras. También se la denomina verborrea. Se observa en los casos de excitación psicomotriz.

Taquiligía. Logorrea.

Taquitoscopio. (Etimológicamente significa ‘mirar rápido’). Es un aparato que proyecta imágenes rápidamente sobre una pantalla. Tiene diversos usos en psicología experimental. Por ejemplo, la escuela del New Look lo utilizó para determinar las características selectivas de la percepción humana.

Tartajeo. Trastorno del habla que se caracteriza por una pronunciación torpe de las palabras, alteración del ritmo y dificultad de evocación de las palabras. Puede constituir un trastorno lingüístico propiamente dicho o, con más frecuencia, derivar de cuadros patológicos más globales (deficiencia mental, senilidad o trastornos emocionales).

Tartamudeo (espasmofemia). Se trata de un trastorno del habla caracterizado por la frecuente repetición o prolongación de sonidos, sílabas o palabras o por frecuentes dudas o pausas que interrumpen el flujo rítmico del habla. Disritmias menores de este tipo son bastantes frecuentes transitoriamente en la primera infancia o como un rasgo menor pero persistente del habla en la infancia más tardía y en la vida adulta. Debe ser clasificado como un trastorno únicamente cuando su gravedad afecta al lenguaje de un modo importante. Puede acompañarse de tics o de movimientos del cuerpo que coinciden en el tiempo con las repetidas prolongaciones o pausas del flujo del lenguaje. El tartamudeo debe diferenciarse del farfullero y de los tics. En algunos casos puede presentarse un trastorno del desarrollo del habla o del lenguaje, en cuyo caso debe codificarse por separado (*CIE 10*).

Tartamudez. Trastorno del habla que se caracteriza por una alteración de la fluidez y del ritmo de la expresión oral. Configurado por un patrón de respuestas complejo que comprende el aspecto cognitivo, lingüístico, emocional y comunicativo. Clínicamente se suelen identificar tres formas: tónica, clónica y mixta.

TAT [Test de Apercepción Temática]. Test psicológico proyectivo en el cual el individuo da interpretaciones de una serie de dibujos de situaciones vitales basándose en sus propios sentimientos y actitudes.

Tausk, Viktor [1879-1919]. Abogado, psiquiatra y psicoanalista austriaco. Ha sido sin duda Lou Andreas-Salomé, de quien él fue amante, la que en su *Diario* proporcionó el retrato completo de su personalidad.

Taxonomía. Estudio de los principios de la clasificación.

TCI (tratamiento por comas insulínicos). Forma de tratamiento de choque en el cual se administran grandes cantidades de insulina a un psicótico, habitualmente un esquizofrénico, con el fin de provocarle un coma. Ideada por Manfred Sakel.

Teatro de la espontaneidad [Steigreiftheater]. Teatro de Viena en que se practicaba la improvisación grupal y que fue desarrollado por J. L. Moreno, doctor en Medicina.

Técnicas proyectivas. Conjunto de dispositivos y elementos diagnósticos que a través de tests de diferentes características estudian al sujeto en función de todo lo que diga, perciba, dibuje o responda todo lo cual llevará la impronta de su singularidad y a partir de esto se podrá acceder a algunas de las características de configuración de su mundo interno.

Técnica psicoanalítica. Denomínase así a la instrumentación clínica del psicoanálisis a través de sus formas o modos de intervención terapéuticos e interpretativos y que definen lo que se dio en llamar el tratamiento o la cura psicoanalítica. Estos son: transferencia, contratransferencia (o transferencia del analista), la asociación libre, y la abstinencia, además del análisis didáctico y del control (del propio analista). Todo este marco hace a la técnica psicoanalítica, así como también el encuadre en que se produce y que comprende: frecuencia de sesiones, duración de las mismas, diván o no, honorarios, vacaciones, etc. En algún momento el énfasis en el dispositivo dio lugar a algunos excesos, por ejemplo, que el analista usara siempre la misma forma para identificarse con el ambiente, evitar cruzarse con los pacientes fuera del ámbito del análisis, etc., que hoy en día se toman con más naturalidad y flexibilidad.

Técnica psicológica. Cualquier técnica que pretenda modificar la actitud de una persona y su percepción de los demás y de sí mismo.

Técnica verbal. Cualquier método de terapéutica individual o de grupo en el cual se utilicen palabras. La mayor parte de las psicoterapias son verbales.

Teleclitoridismo. Distancia en que se encuentra el clítoris en relación con el pene durante el coito.

Teleología. Disciplina dedica al estudio de los fines o meta de cualquier clase de proceso, sean estos físicos o mentales, biológicos o químicos. La idea central es que los hechos o sucesos se ordenan hacia o desde un fin que los tracciona hacia delante o los atrae ordenándolos secuencialmente.

Telergia. Llámase así a la supuesta posibilidad de influir de un psiquismo sobre el otro. Sería un aspecto de la telepatía.

Tema delirante. Hace referencia al contenido de la idea delirante. Dicho contenido puede ser de control, persecutorio, de grandeza, de pobreza, nihilista, de culpa, extravagante, corporal, de referencia, de amor, etc.

Temerario, ria. Del latín: *temerarius*. Excesivamente imprudente arrojando peligros. Que se dice, hace o piensa sin fundamento, razón o motivo.

Temeridad. Del latín: *temeritas*, *-atis*. Calidad de temerario. Acción temeraria. Juicio temerario.

Temeridad y malicia. Sanción que puede imponer el juez a las partes y/o a sus abogados como consecuencia de un accionar impropio o inadecuado a su investidura o posición procesal, en desmedro de los derechos de la parte contraria o de la justicia misma.

Temor sexual. Miedo que tienen algunos de no servir para la realización de prácticas sexuales. Puede conducir a la impotencia o frigidez.

Temperamento. Predisposición innata, constitucional, a reaccionar a los estímulos de un modo específico.

Temperatura basal. Temperatura real del cuerpo que no depende del medio. Sirve para precisar la fecha de la ovulación con fines anticonceptivos.

Templanza. Virtud de moderación de los instintos.

Templar. Del lat. *temperare*. Moderar, entibiar o suavizar la fuerza de una cosa.

Temple. Condición del ánimo que indica serenidad en trances difíciles.

Tenacidad afectiva. Para Betta, es la “alteración cualitativa de la afectividad en la cual la misma se caracteriza por la persistencia y fijación patológica de determinados estados afectivos”. Se la describe en pacientes epilépticos.

Tenacidad de pensamiento. Pensamiento que se centra en una idea particular asociada a una tonalidad afectiva.

Tendencia. Forma de direccionalidad atractiva hacia algo o alguien marcadas por el afecto o la energía en los procesos no humanos. En el plano gráfico, la dirección que toma un proceso susceptible de ser graficado de acuerdo con hitos de evolución hacia un fin. Estructura formal que explica la perseverancia y el mantenimiento de conductas y la progresión de las mismas.

Tendencia central. El concepto estadístico de tendencia central se refiere al agrupamiento de una serie de puntuaciones en torno de una medida intermedia común.

Tendencia de pensamiento. Pensamiento que se centra en una idea particular asociada a una tonalidad afectiva.

Tensión. Señal de un desequilibrio o un desacople en un organismo que busca restaurar el equilibrio del sistema y que desaparece con un nuevo nivel de equilibrio. Sensación o vivencia desagradable provocada por un estímulo o una serie de ellos que de manera insidiosa se plasman en la actividad ideatoria y en el cuerpo.

Teoría de la cloaca. Teoría expuesta por Freud, en *Tres ensayos para una teoría sexual*, y que radica en la creencia del infante en que los niños vienen al mundo por vía anal.

Teoría de la libido. Teoría freudiana del instinto sexual, su proceso complejo de desarrollo y sus manifestaciones físicas y mentales acompañantes. Antes de la introducción y completamiento por Freud de la teoría dual de los instintos (sexual y agresivo) en 1920, se relacionaban todas las manifestaciones instintuales con el instinto sexual, y dan lugar a cierta confusión en tal época. La práctica habitual del psicoanálisis supone que existen dos instintos: sexual (libido) y agresivo (muerte).

Teoría. Conocimiento especulativo considerado con independencia de toda aplicación. Serie de las leyes que sirven para relacionar determinado orden de fenómenos. Hipótesis cuyas consecuencias se aplican a toda una ciencia o a parte muy importante de la misma.

Teoría de las relaciones de grupo de Allport. Teoría de Gordon W. Allport según la cual la conducta de una persona está influida por su personalidad y su necesidad de adaptarse a las fuerzas sociales. Ilustra la interrelación entre la terapéutica de grupo y la psicología social. Por ejemplo, tratar con el fanatismo, en grupo terapéutico, aumenta la oportunidad de tener experiencias terapéuticas porque desafían la necesidad del paciente individual de adaptarse a determinaciones sociales más precoces o de aferrarse a aspectos familiares restrictivos de su personalidad.

Teoría del campo. Concepto postulado por Kurt Lewin según el cual una persona es un campo de energía complejo en el cual es posible concebir toda la conducta como un cambio en algún estado del campo durante una unidad de tiempo dada. Lewin postuló también la presencia dentro del campo de tensiones psicológicas, es decir, estados de preparación o disposición para la acción. La teoría del campo se ocupa esencialmente del campo presente, el aquí y ahora. La teoría ha sido aplicada por diversos psicoterapeutas individuales y de grupo.

Teoría del conflicto focal. Teoría elaborada por Tomás French en 1952, que explica la conducta habitual de una persona como expresión de su método de resolver los conflictos de la personalidad experimentados habitualmente, que se originó en una época muy precoz de su vida; resuena constantemente a estos conflictos vitales precoces.

Terapeuta activo. Tipo de terapeuta que no hace esfuerzo por permanecer anónimo, sino que es activo, expresando aspectos de su personalidad en forma definida en el proceso terapéutico.

Terapeuta auxiliar. Coterapeuta. V. también Coterapia.

Terapeuta pasivo. Tipo de terapeuta que permanece inactivo, pero cuya presencia sirve de estímulo para el paciente en situación de grupo o individual.

Terapéutica anaclítica. Forma de psicoterapia caracterizada por permitir al paciente una regresión y utilizarla principalmente en el tratamiento de trastornos psicofisiológicos.

Terapéutica aversiva. Forma de condicionamiento por el cual se hace asociar a un individuo una experiencia desagradable o dolorosa con una conducta indeseable intentando eliminar las pautas de conducta indeseables.

Terapéutica combinada. Tipo de psicoterapia en el cual el paciente está en tratamiento individual o de grupo con el mismo terapeuta o con dos terapeutas diferentes. En la terapéutica matrimonial, es la combinación de terapéutica de grupo de matrimonio o bien sesiones individuales con uno de los cónyuges o bien sesiones conjuntas con la pareja marital.

Terapéutica con dióxido de carbono. Forma de tratamiento, utilizada rara vez, en la cual se emplea el gas dióxido de carbono para provocar inconciencia.

Terapéutica con litio. Tratamiento de los estados maníacos o hipomaníacos con sales de litio.

Terapéutica conjunta. Tipo de terapéutica matrimonial en el cual un terapeuta trata a los cónyuges simultáneamente en sesiones conjuntas. Esta situación se llama también triádica o triangular, porque en ella dos pacientes y un terapeuta intervienen conjuntamente.

Terapéutica cuadrangular. Tipo de terapéutica matrimonial en la que participan cuatro personas: los cónyuges y el terapeuta de cada uno de los cónyuges.

Terapéutica de grupo de actividad. Tipo de terapéutica de grupo introducida y desarrollada por S.R. Slavson y concebida para niños y adolescentes jóvenes, que hace énfasis en la interacción emocional y activa en una atmósfera permisiva, no amenazadora. El terapeuta da importancia sobre todo al juicio de realidad, al reforzamiento del Yo y a la interrelación activa. Terapéutica de grupo que aspira a disminuir o eliminar una crisis emocional o situacional.

Terapéutica de la red social. Tipo de terapéutica en la cual el terapeuta reúne a todas las personas —parientes, amigos, relaciones sociales, relaciones laborales— que tienen una importancia emocional o funcional en la vida del paciente. Es posible reunir una parte o la totalidad de la red social en cualquier momento dado.

Terapéutica familiar. Tratamiento de una familia en conflicto. Toda la familia se reúne con el terapeuta y explora sus relaciones y procesos. El método se centra en la resolución de las reacciones habituales de unos individuos hacia otros más que en las reacciones individuales.

Terapéutica familiar ampliada. Tipo de terapéutica familiar que incluye a los miembros de la familia, ajenos a la familia nuclear, que están estrechamente asociados a ella y la afectan.

Terapéutica farmacológica de mantenimiento. Un estadio en el curso de la quimioterapia. Cuando el fármaco ha alcanzado su máxima eficacia, se disminuye la dosis y se la mantiene al nivel terapéutico mínimo, que evitará una recaída o exacerbación.

Terapéutica gestáltica. Tipo de psicoterapia que da importancia al tratamiento de la persona como un todo: sus componentes biológicos y su funcionamiento orgánico, su configuración perceptual y sus interrelaciones como un mundo externo. La terapéutica gestáltica, desarrollada por Frederick S. Perls, puede utilizarse en una situación terapéutica ora individual, ora de grupo. Se centra en la conciencia sensorial de las experiencias de la persona en su aquí y ahora más que en los recuerdos de lo pasado o las expectativas futuras. La terapéutica gestáltica utiliza la asunción de un papel en los juegos y otras técnicas para promover el proceso de crecimiento del paciente y desarrollar la totalidad de su potencial.

Terapéutica individual. Tipo de psicoterapia en la cual un psicoterapeuta adiestrado profesionalmente trata a un paciente, con el objetivo de conseguir la superación de los conflictos u obtener una mejoría de la sintomatología que padece o acrecentar su capacidad de hacer frente a los problemas que le plantean las vicisitudes cotidianas. Esta relación de un terapeuta con un paciente, técnica diádica tradicional, se opone a otras técnicas en las que se trata con más de un paciente.

Terapéutica matrimonial. Tipo de terapéutica familiar que incluye al marido y a la esposa y se centra en la relación matrimonial que afecta la psicopatología individual de los cónyuges. La justificación de este método es la creencia de que los procesos psicopatológicos, dentro de la estructura familiar y de la matriz social del matrimonio, perpetúan las estructuras de la personalidad patológica, que se expresan en los trastornos matrimoniales y se agravan por la retroacción entre los cónyuges.

Terapéutica ocupacional. Forma de terapéutica en la cual se anima al paciente a realizar tareas útiles, habitualmente en una situación social con otros pacientes y personal hospitalario.

Terapéutica por el arte. Técnica terapéutica que utiliza el trabajo recreativo espontáneo de los pacientes. Por ejemplo, los miembros del grupo hacen y analizan dibujos que a menudo son expresiones de sus problemas emocionales subyacentes.

Terapéutica por el baile. Comunicación no verbal por medio de movimientos rítmicos corporales, utilizada para rehabilitar a personas con trastornos emocionales o físicos. Este método, del cual Marian Chase, fue uno de los primeros pioneros en 1940, se utiliza tanto en la terapéutica individual como en la de grupo.

Terapéutica por el medio. Tratamiento que da importancia sobre todo a la modificación socio ambiental adecuada para beneficiar al paciente. El ambiente para la terapéutica por el medio es habitualmente el hospital psiquiátrico.

Terapéutica social. Forma rehabilitadora de terapéutica con pacientes psiquiátricos. La finalidad es mejorar el funcionamiento social. La terapéutica ocupacional, la comunidad terapéutica, la terapéutica recreativa, la terapéutica por el medio y la terapéutica de actitud son formas de terapéutica social.

Terapia catártica o método catártico. Método y teoría psicoanalítica de los comienzos, en el cual se postulaba la posibilidad de la “descarga” o de la purga de aquellos afectos productores del trauma psíquico. El tratamiento permitiría recordar y revivenciar tales acontecimientos y con eso lograr la liberación del afecto allí atrapado o encapsulado. Para los griegos, el término implicaba la relación del espectador de la tragedia, que le permitía a través de la identificación con personajes y situaciones una “purificación” de las pasiones de todos. En las primeras teorizaciones freudianas, el afecto así “purgado” volvía a dirigirse por los carriles usuales, generando con esto un alivio o mejoría general del paciente.

Terapia cognitiva. Procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas (por ejemplo, depresión, ansiedad, fobias, problemas relacionados con el dolor, etc.). Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo.

Terapia de conducta. Tipo de tratamiento psicológico que mediante la aplicación de los principios de la teoría del aprendizaje pretende reemplazar la conducta desadaptada o indeseable por formas adaptativas y modos constructivos de afrontamiento.

Terapia familiar. La terapia familiar es un método de psicoterapia colectiva que apunta a atender la patología psíquica de un sujeto a partir de su historia familiar y de la inclusión de los miembros de la familia en el tratamiento. Según las distintas escuelas, la familia es una estructura normativa en la que se elabora la identidad del sujeto, o bien un medio patógeno dominado por un double bind (o doble vínculo), o un sistema (sistemismo) en el que el sujeto es considerado el producto biológico, social y psíquico de un conjunto de elementos en interacción que se rige por sus propias reglas. En la historia de la psiquiatría dinámica, la terapia familiar surgió de la transformación del modelo de la familia

patriarcal a fines del siglo XIX, de la generalización ulterior del tratamiento de la esquizofrenia y, finalmente del desarrollo de la antropología y el etnopsicoanálisis. En este sentido, tiene que ver con la antipsiquiatría, el neofreudismo, el culturalismo, las diversas psicoterapias de grupo y la psicoterapia institucional, estén o no estos métodos atravesados por los principios del psicoanálisis.

Terapia gestáltica. Nombre derivado de Gestalttheorie (teoría de la forma) e introducido por el psicoanalista norteamericano Frederick Perls (1893-1970) para designar una psicoterapia de grupo en la cual el paciente debe vivir sus conflictos a través de la expresión corporal para recobrar la unidad de su personalidad. Esta forma de psicoterapia, cercana al análisis existencial (por su dimensión fenomenológica), al psicodrama de Jacob Levy Moreno (por su técnica) y a la vegetoterapia de Wilhelm Reich (por su lado biólogo y libertario), fue creada por un personaje singular. Esta práctica desapareció pronto y después resurgió en diversas escuelas, con formas más o menos alejadas del dispositivo de su creador. De origen berlinés, Perls se formó en psiquiatría y psicoanálisis en contacto con Paul Schilder, en Viena, donde, por otra parte, conoció a Sigmund Freud en 1930. Pero fue en Francfort donde adoptó la teoría de la Gestalt al convertirse en asistente del gran neurólogo Kurt Goldstein (1878-1965), cuyas tesis sobre la unidad del organismo humano y el funcionamiento cerebral marcaron a toda la filosofía siglo XX, sobre todo en los trabajos de Maurice Merleau-Ponty (1908-1961) y Georges Canguilhem (1904-1995).

Tercer oído. Capacidad de utilizar la intuición, la sensibilidad y el conocimiento de indicios subliminales para interpretar las observaciones clínicas de pacientes individuales y en grupos. Introducido por el filósofo alemán Friedrich Nietzsche, este concepto fue utilizado posteriormente en la psicoterapia analítica por Theodor Reik.

Tercero. Persona que no es demandada ni actora en un juicio, pero que tiene algún derecho por el cual está legitimado para intervenir en el mismo, y este derecho se origina en que éste hubiese estado legitimado para demandar o ser demandado en el juicio y la sentencia a dictarse pudiera afectar su interés propio.

Terror. Del latín: terror, *-oris*. Miedo muy intenso. Es la expresión aguda de un temor que interrumpe de forma brusca generando emociones intensas e incluso paralizantes durante el tiempo que dura, que suele ser de no mucha duración. Es equivalente del espanto y allí lo emotivo desplaza la reflexión, sumiendo al sujeto en una inundación emotiva con escasa manifestación en lo psicomotriz.

Terrores nocturnos. Los terrores nocturnos consisten en episodios nocturnos de pánico y terror intensos que se acompañan de gritos, movimientos bruscos y fuertes descargas vegetativas. El individuo se levanta o se incorpora dando un grito de pánico, normalmente durante el primer tercio del sueño nocturno. Con frecuencia se precipita hacia la puerta como tratando de escapar a pesar de que rara vez llega salir de la habitación. Los esfuerzos de los demás para modificar esta situación pueden de hecho producir un temor más intenso, puesto que el individuo no sólo es incapaz de responder a ellos, sino que además puede estar desorientado durante algunos minutos. Al despertarse no suele recordar el episodio. Debido a estas características clínicas, los afectados tienen un gran riesgo de

lesionarse durante ellos. Los terrores nocturnos y sonambulismo están estrechamente relacionados entre sí. Ambos trastornos comparten las mismas características clínicas y fisiopatológicas y los factores genéticos de desarrollo, orgánicos y psicológicos juegan un papel importante en ambos. Debido a sus muchas semejanzas, ambos trastornos han sido recientemente considerados como parte del mismo espectro nosológico. Los rasgos clínicos esenciales son los siguientes: a) el síntoma predominante es la presencia de episodios repetidos de despertarse durante el sueño, que comienzan con un grito de pánico y están caracterizados por una intensa ansiedad, excitación motriz e hiperactividad vegetativa tal como taquicardia, taquipnea y sudoración; b) estos episodios repetidos de despertar tienen una duración característica de uno a diez minutos. Por lo general se presentan durante el primer tercio del sueño nocturno; c) hay una relativa ausencia de respuesta frente a los intentos de otras personas para influir en el terror y de manera casi constante a estos intentos suelen suceder unos minutos de desorientación y movimientos perseverantes; d) el recuerdo del acontecimiento, si es que hay alguno, es mínimo (normalmente a una o dos imágenes mentales fragmentarias); y e) no hay evidencia de presencia de un trastorno somático, tal como un tumor cerebral o una epilepsia (CIE 10).

Tertius gaudet. Loc. lat., literalmente, se beneficia un tercero.

Tesauromanía. Coleccionar objetos pertenecientes a la persona amada.

Tesis. Afirmación, axioma o preposición dado como válido y a partir del cual es posible basar el argumento o línea de argumentación del método dialéctico (Hegel) que comienza con una tesis a la cual se le opone una antítesis, para arribar a una síntesis que opera como tesis y así sucesivamente.

Test. Con el término “tests” se designan las técnicas de investigación, análisis y estudio que permiten apreciar una característica psicológica o el conjunto de la personalidad de un individuo. Tales técnicas pretenden organizar los datos extraídos de la investigación de la conducta sin intención de explicar causas o consecuencias, sino mas bien limitándose a describir el comportamiento en la dimensión que persigue en sus objetivos (por ejemplo inteligencia, aptitudes, personalidad, etc.), conforme a un encuadre situacional y genético.

Test DFH [dibujo de la figura humana]. Ante la consigna: “Por favor dibuje una persona”, seguida de un breve interrogatorio, se obtiene información acerca de la personalidad, autoconcepto del sujeto, partiendo del análisis de numerosas características de los dibujos; como así también, de las verbalizaciones y conductas observadas.

Test de Evaluación de la Personalidad MMPI - 2. (Minnesota Multiphasic Personality Inventory - 2). Su objetivo es descubrir las “dimensiones básicas de personalidad”, a través de un interrogatorio de 567 preguntas, en función de las siguientes escalas: de validez: sinceridad (L), validez (F) y factor corrector (K). Clínicas: 1) Hipocondriasis, 2) Depresión, 3) Histeria, 4) Desviación psicopática, 5) Masculinidad-Femineidad, 6) Paranoia, 7) Psicastenia, 8) Esquizofrenia, 9) Hipomanía y 0) Introversión Social. Acorde con la combinación de los resultados, surge el perfil de personalidad del sujeto.

Test de la hora de juego diagnóstica. Constituye un recurso técnico que se utiliza dentro del proceso diagnóstico, con el fin de conocer la problemática o conflictos que presentan los

niños, ya que la actividad lúdica es la forma de expresión más genuina. Es a través del juego donde el niño comunica, en un contexto con un encuadre particular, las fantasías y realidades de su personalidad.

Test de Raven. Test de las Matrices Progresivas. Es un instrumento destinado a medir la capacidad intelectual, para comparar formas y razonar por analogía, con independencia de los conocimientos adquiridos. Informa sobre la capacidad presente del examinado para la actividad intelectual, en el sentido de su más alta claridad de pensamiento en condiciones de disponer de tiempo ilimitado.

Test de relaciones objetales. Consiste en tres series de cuatro láminas con figuras y una en blanco. En las tres series, las situaciones básicas de relaciones objetales varían en cuanto al contenido de la realidad y al contexto de realidad. Su importancia radica en la comprensión de entender la interacción de los motivos inconscientes y los esfuerzos conscientes que se ponen en juego en las relaciones interpersonales. Su fundamento es que el mundo interior de los objetos es el residuo de las relaciones del sujeto con las personas de las cuales ha dependido para la satisfacción de sus necesidades primitivas de la infancia.

Test de Rorschach. Test proyectivo en el cual el individuo manifiesta sus actitudes y emociones al responder a una serie de láminas que reproducen manchas de tinta. El test revela la organización básica de la estructura de la personalidad, incluyendo características de afectividad; recursos mentales; energía psíquica y trazos generales y particulares del estado intelectual del individuo, como así también, la prueba de realidad; la dinámica personal; la expresión y manejo de los afectos y la agresión; mecanismos de defensa predominantes; grado y tipo de conflicto; tipo de vínculos que establece; existencia o no de angustia; diagnóstico de personalidad y, lo más importante, el pronóstico.

Test de una persona bajo la lluvia. Esta técnica explora el retrato de la imagen corporal bajo condiciones desagradables de tensión ambiental, representada por la lluvia.

Test del animal. Los dibujos de los animales expresan los sentimientos de las personas con respecto a sí mismas.

Test del concepto más desagradable. Se toma esta técnica como material similar al de los sueños o de la asociación libre, es decir, como material que ofrece indicios directos sobre problemas, ansiedades y las actitudes rechazadas del entrevistado. Esto se obtiene luego de la consigna: “¿Cuál es la cosa más desagradable que se le ocurre? Piénselo y ahora dibújelo”.

Test del dibujo libre. Esta técnica es útil para evaluar, a través del contenido que elige graficar el sujeto libremente y la breve historia que construye en relación al mismo, los rasgos de personalidad, los conflictos y las defensas predominantes.

Test desiderativo. Mediante esta técnica se explora la fortaleza o debilidad del Yo, en función de lo que el Sujeto enuncia como los mejores aspectos de su personalidad, qué le gustaría poder conservar (catexias positivas +), y lo que siente como lo más perturbador de sí, qué le gustaría poder desechar (catexias negativas -).

Test del dibujo kinético de la familia. Se le solicita al entrevistado que dibuje a todos los miembros de su familia haciendo algo. Una vez finalizado el dibujo, se le pide que indivi-

dualice a los personajes, incluyendo la edad de cada uno. La importancia de este test está dada en apreciar con claridad los conflictos del sujeto en relación con su grupo familiar, como así también se obtiene información acerca de la dinámica y estructura de personalidad del sujeto, informando a la vez, sobre las relaciones vinculares fantaseadas de éste con su grupo familiar. Este último aspecto es el más importante, por ser el objetivo específico del tests.

Test gestáltico visomotor (Bender). Esta técnica explora, a través de la particular reproducción que el sujeto realiza de las diferentes gestalten (figuras), aspectos caracterológicos, áreas de conflicto de la personalidad y, fundamentalmente, compromiso orgánico del sistema nervioso central.

Test HTP [Casa - Árbol - Persona]. Consta de tres gráficos y la explicación verbal de cada uno de ellos. Su importancia radica en brindar la posibilidad de observar la imagen que el sujeto tiene de sí y de su ambiente, qué cosas considera importantes, cuáles destaca y cuáles desecha.

Test WAIS. La Escala de Inteligencia para adultos comprende once subtests; seis de ellos se agrupan en una escala verbal y cinco en una escala de ejecución. La escala verbal está compuesta por pruebas de: Información, comprensión, aritmética, semejanzas, memoria inmediata de dígitos y vocabulario. La escala de ejecución comprende símbolos y dígitos, completamiento de figuras, dibujos con cubos, ordenación de imágenes y ensamble de objetos. A través de estas dos escalas es posible obtener tres cocientes intelectuales: verbal, manipulativo y total. Se tiene en cuenta la velocidad y la precisión de la ejecución al puntuar como así también el deterioro.

Testamento. Del latín: *testamentum*. Declaración que de su última voluntad hace una persona, disponiendo de bienes y de asuntos que le atañen para después de su muerte. Documento donde consta en forma legal la voluntad del testador. Obra en que un autor, en el último período de su actividad, deja expresados los puntos de vista fundamentales de su pensamiento o las principales características de su arte, en forma que él o la posteridad consideren definitiva.

Testamento abierto. El que se otorga de palabra o por minuta que ha de leerse ante notario y testigos o sólo ante testigos, en el número y condiciones determinados por la ley civil, el cual se protocoliza como escritura pública.

Testamento adverbado. El que, según derecho foral, se otorga ante el párroco y dos testigos, y se certifica o confirma con formalidades establecidas por el fuero, y que se eleva después a escritura pública.

Testamento cerrado. El que se otorga escribiendo o haciendo escribir el testador su voluntad bajo cubierta sellada que no puede abrirse sin romperla y cuyo sobrescrito autorizan el notario y los testigos en la forma prescrita por la ley civil.

Testamento hológrafo. El que deja el testador escrito y firmado de su mano propia y que es adverbado y protocolizado después.

Testar. Del latín: *testari*. Hacer testamento. Tachar, borrar. Declarar o afirmar como testigo.

Teste. Testículo.

Testigo. De testiguar. Persona que da testimonio de una cosa o la atestigua. Persona que presencia o adquiere directo y verdadero conocimiento de una cosa. Cualquier cosa, aunque sea inanimada, por la cual se arguye o infiere la verdad de un hecho.

Testigo de cargo. El que depone en contra del procesado.

Testigo de conocimiento. El que, conocido a la vez por el notario, asegura a éste sobre la identidad del otorgante.

Testigo de descargo. El que depone en favor del procesado.

Testigo de oídas. El que depone de un caso por haberlo oído a otros.

Testigo de vista. 1.- El que se halló presente en el caso sobre que atestigua o depone. 2.- Persona que se constituye en vigilante para observar lo que se hace o acontece.

Testigo independiente. Persona imparcial que no está influenciada por ninguna de las personas involucradas en el estudio clínico, que asiste al proceso del consentimiento informado, firmando y fechando dicho consentimiento (*A.N.M.A.T.*).

Testigo instrumental. El que en documentos notariales afirma con el notario el hecho y contenido del otorgamiento.

Testimoniar. De testimonio. Atestiguar, o servir de testigo para alguna cosa.

Testimonio. Declaraciones escritas u orales de un testigo utilizadas como prueba de ciertos hechos. Cualquier prueba presentada para reforzar una hipótesis.

Texto. Del latín: *textus*. Conjunto de palabras que componen un documento escrito. Pasaje citado de una obra literaria. Todo lo que se dice en el cuerpo de la obra manuscrita o impresa, a diferencia de lo que en ella va por separado; como portadas, notas, índices, etc. Enunciado o conjunto de enunciados orales o escritos, que el lingüista somete a estudio.

T-group (grupo de training). Tipo de grupo que da preeminencia a la formación, al autococonocimiento y a la dinámica de grupo.

Tánatos. Deseo de muerte. V. también Stekel, Wilhelm.

Thesaurus. Tesoro (nombre dado a algunos diccionarios, catálogos, antologías, etc.).

Thlipsosis (zlipsosis). Excitación proveniente de los pellizcos.

Thor. Entre los escandinavos, dios de la guerra. Es símbolo masculino.

Thugs. Secta hindú de adoradores de la diosa Kali que utilizaban la estrangulación como medio para la comisión de asesinatos múltiples.

Tianeptina, fármaco. Antidepresivo. Produce la recaptación de serotonina en la corteza y en el hipocampo. Acción intermedia entre la sedativa y la estimulante. Indicaciones: estados depresivos y estados ansiosodepresivos. Estados ansiosos depresivos de pacientes alcohólicos y adictos a diferentes sustancias en estado de abstinencia.

Tibi gratias. Loc. lat., literalmente, gracias te doy.

Tics. Movimiento motor o vocalización súbita, rápida, recurrente, estereotipado y no rítmico, que se acompaña con una sensación subjetiva de irresistibilidad que, sin embargo, no impide que pueda ser suprimido durante períodos de tiempo variables. El consenso actual clasifica los tics en motores y vocales, subdividiéndolos en simples y complejos. Los tics motores simples incluyen: parpadear, sacudir el cuello, levantar los hombros, hacer muecas faciales y toser. Los tics vocales simples abarcan: carraspear, gruñir, inspirar, resoplar, ladrar. Dentro de

los tics motores complejos se destacan: gesticulaciones faciales, gestos de aseo, saltar, tocar, pisotear y olfatear objetos. Los tics vocales complejos más habituales comprenden: repetición de palabras o frases fuera de contexto, coprolalia (palabras obscenas o de uso inaceptable socialmente), ecolalia (repetición de sonidos o frases que recién se acaban de oír). También puede adoptar la forma de imitación de movimientos de otros, lo cual se denomina ecocinesia o ecopraxia. Los trastornos por tics se clasifican en función de la modalidad que adopten: motores, vocales o mixtos mientras que según su duración se los clasifican en crónicos y transitorios.

Tics motores o vocales crónicos, trastorno de. Enfermedad caracterizada por la presencia de tics crónicos motores o vocales, pero no de ambos. Los mismos están presentes al menos 1 año, en donde se presentan todos los días, no existiendo en el lapso mencionado un intervalo de tres meses libres de síntomas.

Tics motores o vocales transitorios, trastorno de. Enfermedad caracterizada por la presencia de tics motores o vocales cuya duración es inferior al lapso de un año.

Tiempo de reacción. Intervalo de tiempo que transcurre entre la iniciación de un estímulo y el comienzo de la reacción intencionada manifiesta del observador.

Timidez. Tendencia por parte de la persona a sentirse incómoda, inhibida, torpe y muy consciente de sí misma en presencia de otras personas. Esto produce incapacidad para participar en la vida social, aunque se desee hacerlo y se sepa cómo. Incapacidad de autoafirmarse por temor a alguna represalia fantasmal, aun cuando no exista ninguna evidencia objetiva de peligro potencial.

Tinnitus. Ruidos en un oído o en ambos tales como zumbidos y silbidos. Es un efecto colateral ocasional de algunos fármacos antidepresivos.

Tioridazina, fármaco. Antipsicótico típico (neuroléptico) sedante. Indicaciones: diferentes síntomas de los trastornos psicóticos y algunos síntomas tales como tensión, depresión con síntomas psicóticos. En trastornos severos del comportamiento como hiperactividad, hiperexcitabilidad y agresividad.

Tipo. En las ciencias humanas se designa con este concepto a una serie de características físicas y psicosociales que configuran cierto nivel de unidad. Son tipos medios definidos así en relación con los extremos del rasgo o característica que los define.

Tipo psicológico. Desde el punto de vista de Jung, es posible clasificar las distintas personalidades sobre la base de ocho tipos psicológicos, que explican las diferencias individuales entre los sujetos. Estos ocho tipos resultan de combinar cuatro funciones psicológicas (reflexión, sentimiento, intuición y sensación) con dos movimientos de la libido (extraversión e introversión). Así, por ejemplo, un tipo psicológico puede ser aquel en el cual domina, en el polo consciente, la extraversión y la reflexión (tipo extravertido-reflexivo), y así sucesivamente. Entonces, el tipo psicológico queda definido por la función y la orientación energéticas dominantes habitualmente en el estrato de la conciencia. Si domina la extraversión, quedará relegado o reprimido la introversión en el inconsciente, si domina la reflexión, quedará relegada el sentimiento en el extremo inconsciente, y si domina la sensación, es la intuición la que quedará relegada (en cada caso y viceversa). Cabe recordar que para Jung, las tendencias dominantes son las que se expresan en la con-

ciencia, mientras que las tendencias reprimidas, rechazadas o relegadas se mantienen en el inconsciente.

Tipología. Estudio de los tipos humanos. Pretenden estos estudios relacionar la constitución con el temperamento, clasificándose para estos efectos a los individuos. Según Ernest Kretschmer (*Constitución y Carácter*) habría cuatro tipos humanos a los que corresponde un temperamento determinado: al pícnico (de esqueleto pequeño y formas redondeadas), temperamento cicloide; al leptosomático (de esqueleto alargado y poca grasa), temperamento esquizoide; al atlético (de esqueleto triangular y gran musculatura), temperamento enéutico; y al esplásico (combinación de los anteriores), posibilidades combinadas de temperamento. Para Sheldon, habría mesomorfos (somatotónicos), endomorfos (viscerotónicos) y estomorfos (cerebrotónicos), como base de una amplísima tipología que, en líneas generales, coincide con las anteriores.

Tiramina. Amina simpaticomimética que proviene de fuentes endógenas (por metabolismo del aminoácido tirosina) o exógenas (alimentos) y que puede influir en la liberación de noradrenalina almacenada. La monoaminoxidasa inhibe su degradación: la utilización de inhibidores de la monoaminoxidasa en el tratamiento de la depresión evita la degradación de la tiramina. La ingestión de alimentos que contienen tiramina, tales como el queso, puede provocar un efecto simpaticomimético, por ejemplo, un aumento de la presión sanguínea, que puede ser fatal. Este efecto se denomina efecto tiramínico y es la razón que contraindica la administración conjunta de las drogas IMAOs con alimentos ricos en tiramina o con drogas que presenten una acción similar a la tiramina sobre la neurotransmisión noradrenérgica. Son ejemplos de estas últimas los antidepresivos tricíclicos, las anfetaminas y los antigripales del tipo de la isofedrina.

Título ejecutivo. Instrumento o documento que acredita la existencia de deuda cierta y exigible, la cual ante el incumplimiento de la obligación que de él emana, habilita a iniciar acción judicial de tipo ejecutiva.

Tolerancia. Estado de adaptación caracterizado por la disminución de la respuesta a la misma cantidad de droga o por la necesidad de una dosis mayor para provocar el mismo grado de efecto farmacodinámico. Disminución de los efectos de una droga a medida que ésta se consume.

Tolerancia cruzada. Fenómeno en el que se toma una droga y aparece tolerancia no sólo a esa droga, sino también a otra del mismo tipo o a veces de otro conexo —por ejemplo, la heroína provoca tolerancia cruzada a la morfina, y viceversa— y en menor grado el consumo intenso de bebidas alcohólicas produce tolerancia cruzada a los fármacos del tipo de los barbitúricos.

Tolle, lege. Loc. lat., literalmente, “toma, lee”.

Tono muscular. Estado de tensión de la musculatura y de excitación más elevado en el estado de vigilia y reducido durante el sueño.

Topectomía. Intervención neuroquirúrgica realizada en algunos casos en pacientes psicóticos crónicos.

Tópica. Perteneciente a determinado lugar o posición. Para el psicoanálisis es aquello que define y determina las instancias del aparato psíquico compuesto de aspectos y partes diversos

o diferenciados entre sí. En una modélica formal, estas instancias son algo así como “lugares psíquicos” (topos) de una especialidad virtual tal como es la del psiquismo. En realidad ha habido dos tópicos freudianos, la primera que se compone de inconsciente, preconsciente y consciente en el famoso “esquema del peine invertido”, y la segunda y definitiva, que plantea el aparato psíquico como formado por el Ello, el Yo y el Super Yo. Para la lingüística, la “argumentación tópica” no tiene relación con la experiencia o lo real, sino que utiliza “giros anuales” no comprobables en lo concreto por su vaguedad y amplitud. Por otro lado, hay procesos de “topicalización”, que son aquellos destinados a hallar un integrante de una oración o proposición cualesquiera como “tema”. En realidad, para el psicoanálisis inserto en su tiempo era necesario crear un modelo o “tópica” de lugares teóricos especializados como corresponde a una dinámica de instancias deducibles por sus efectos en la conducta. Así, tanto la primera como la segunda tópica son momentos descriptivos del funcionamiento psíquico pensado como aparato con lugares o instancias determinados y diferenciados en lo imaginario. La primera tópica es característicamente “adjetivante”, ya que allí tanto lo inconsciente, lo preconsciente como lo consciente definen modalidades de procesamiento de lo psíquico. En la segunda tópica, cabe con más propiedad la noción de lugar, topos o instancias, ya que tanto el Ello, como el Yo o el Super Yo son sustantivos.

Topiramato, fármaco. Antiepiléptico. Indicaciones: el topiramato está indicado como monoterapia en el tratamiento de pacientes epilépticos recientemente adultos o niños. También está indicado en el tratamiento de las crisis asociadas al síndrome de Lennox-Gastaut. El topiramato está indicado en la profilaxis de la migraña. No ha sido estudiada la utilidad del topiramato en el tratamiento agudo de la cefalea migrañosa.

Topología. Una definición clásica de esta rama o disciplina debería remontarse a Leibniz y su concepción de las matemáticas, ya que allí sería la topología la disciplina que trata de las figuras en el espacio y las propiedades que subsisten en ellas a pesar de la deformación o alteración a la que son sometidas. La topología es la ciencia del espacio en cuanto referenciado a la proximidad. J. Lacan utilizó la topología, ya que le parecía un medio esencial de describir en el marco estructural apoyado en el poder simbólico de representación. Por eso la topología no es solamente un modo de dar expresión a la estructura sino una estructura por sí misma, discontinuidad que marca también la estructura del deseo y de lo inconsciente.

Toro. Una de las figuras topológicas trabajadas por J. Lacan, que es de forma más sencilla un anillo tridimensional que se obtiene uniendo los dos extremos de un cilindro. El centro de gravedad de la figura cae por fuera de su volumen y en ese sentido parangonea al sujeto cuyo centro de gravedad es “éxtimo” y no íntimo, estando también por fuera del sujeto. Como en la cinta de Moebius, no hay adentro y afuera identificados en un plano sino rotación y generación de un adentro y un afuera en el mismo acto de rotación, así también le cabe al sujeto en su “exterioridad” o “extimidad”.

Tótem. Guardián y protector de un grupo o comunidad cultural, principalmente en culturas aborígenes. Representaba al grupo en sí, ya fuera en un animal, planta, u objeto devenido en totémico al cual los miembros veneraban. Organizador de la convivencia y los espacios de esa cultura.

Tótem y tabú. Título de un libro de Freud publicado en 1913. Aplica sus concepciones a los datos de la antropología. Consiguió alcanzar mucho insight del significado de las organizaciones y costumbres tribales, especialmente invocando el complejo de Edipo y las características del pensamiento mágico, que había descubierto de sus estudios del inconsciente. V. también Complejo de Edipo, padre primario.

Toucherismo. Tocar las partes de una persona desconocida como estímulo.

Toxicomanía. Hábito patológico de intoxicarse con sustancias que procuran sensaciones agradables o que suprimen el dolor. Uso habitual y dañino de tóxicos, drogas o estupefacientes. Se acompaña generalmente de una dependencia psíquica y a veces también física.

Traba de la litis. Comunicación efectiva a todos los demandados del inicio de una acción judicial, la que se perfecciona transcurrido el plazo procesal para su contestación o como se realiza la misma.

Trabajo del duelo. Llámese así al proceso de elaboración de una pérdida objetual importante para el sujeto y a través del cual se rescatan los aspectos positivos del mismo pasando a ocupar un lugar en la memoria afectiva al modo de una identificación con esos aspectos. El trabajo del duelo implica de algún modo confrontar con la depresión reactiva a la pérdida objetual y cuando finaliza desaparece dicha depresión.

Trabajo del sueño. Denomínase así a los procesos elaboradores de los materiales oníricos, así como también de los restos diurnos involucrados en el marco de la figurabilidad cuyo producto final es el sueño tal como se presenta. El trabajo del sueño tiene como finalidad esconder o evitar la manifestación directa y franca de lo pulsional.

Trabajo elaborativo. Requisito esencial del trabajo analítico por el cual el paciente, a través de señalamientos, interpretaciones y construcciones aportados por el analista en relación con sus asociaciones libres, sus sueños y toda producción del inconsciente, puede integrar contenidos afectivos y representaciones “haciendo consciente lo inconsciente”, lema del trabajo analítico y objetivo del mismo.

Tradición. Cuerpo heredado de historias, literaturas, relatos o rasgos sociales perteneciente a un grupo sociocultural y que se transmite principalmente por vía oral. Jalón identificatorio de un pueblo o comunidad al que se apela a la hora de tomar caminos conductuales en tiempos de incertidumbre o variación de los parámetros cotidianos.

Traficante. Que trafica o comercia.

Tráfico. Del it. *traffico*. Acción de traficar. Circulación de vehículos por calles, caminos, etc. Por extensión, movimiento o tránsito de personas, mercancías, etc., por cualquier otro medio de transporte.

Tragedia. Alfa y Omega del teatro griego en el cual se dirimen conflictos entre el sujeto (héroe) y la fatalidad o el destino que lo enfrenta con situaciones dilemáticas de las que el héroe saldrá realizando proezas de todo tipo que van desde lo existencial a lo mitológico.

Tragolimia. Deseo sexual compulsivo sin tener en cuenta el atractivo de la pareja.

Trance. Estado de disociación que ocurre en los pacientes bajo hipnosis y en los médium, cuando quieren dar a entender que están en contacto con el mundo de los espíritus. Estados

semejantes al trance ocurren en la histeria, aunque en tal caso se habla por lo común de ataques, accesos o estados oníricos; y en la niñez, bajo la forma de sonambulismo. La característica común a todos estos estados es que alguna parte del yo (o sí mismo) está fuera de acción, de modo tal que el sujeto tanto somete su voluntad a otra como actúa sobre la base de deseos y fantasías que de otro modo serían inhibidos. Estado psíquico particular en el que la conciencia queda limitada y son frecuentes los estados de amnesia. Estado de reducción de la conciencia parecido al sueño.

Tranilcipromina, fármaco. Antidepresivo inhibidor reversible de la enzima monoaminooxidasa. Indicaciones: tratamiento del episodio depresivo mayor sin melancolía. Depresiones atípicas.

Tranquilizante. En la tradicional clasificación de psicofármacos de Delay y Deniker de los años 1950 era aquellas drogas psicotropas que producían tranquilidad, calmando o apaciguando al sujeto sin enturbiar la conciencia. Esta categoría se dividía en tranquilizantes mayores, que incluían a los hoy denominados fármacos antipsicóticos, y tranquilizantes menores, que incluían a los agentes ansiolíticos.

Tranquilizante mayor. Fármaco con propiedades antipsicóticas. Las fenotiacinas, tioxantenos, butirofenonas y derivados de la reserpina son tranquilizantes mayores típicos, que se conocen también como ataráxicos, neurolépticos y antipsicóticos. V. también Distonía, Tranquilizante menor.

Tranquilizante menor. Fármaco que disminuye la tensión, la inquietud y la ansiedad patológica sin ningún efecto antipsicótico. El ineprobamato y los diacepóxidos son tranquilizantes menores típicos.

Transculturación. Proceso de adquirir una cultura mediante contactos de una tribu con otra, o con un pueblo más avanzado, por asimilación o difusión.

Transexual. Individuo dotado de órganos sexuales normales pero que siente psíquicamente como un miembro del sexo opuesto.

Transexualismo. Consiste en el deseo de vivir y ser aceptado como un miembro del sexo opuesto, que suele acompañarse por sentimientos de malestar o desacuerdo con el sexo anatómico propio y de deseos de someterse a tratamiento quirúrgico u hormonal para hacer que el propio cuerpo concuerde lo más posible con el sexo preferido. La identidad transexual debe haber estado presente constantemente por lo menos durante dos años y no ser un síntoma de otro trastorno mental, como esquizofrenia, o acompañar a cualquier anomalía intersexual, genética o de los cromosomas sexuales (*CIE 10*). Término introducido en 1953 por el psiquiatra norteamericano Harry Benjamin para designar un trastorno puramente psíquico de la identidad sexual, caracterizado por la convicción inquebrantable del sujeto de que pertenece al sexo opuesto. El deseo de cambiar de sexo existió desde mucho antes de la creación del término "transexualismo", como lo demuestra la historia del abate Choisy (1644-1734), quien vestía ropa de mujer y se hacía llamar condesa des Barres, o incluso el caso del caballero Éon de Beaumont (1728-1810), que sirvió en la diplomacia secreta de Luis XV vistiéndose de hombre o mujer según las circunstancias. La célebre enfermedad de los escitas descrita por Herodoto sirvió también de punto de partida a las reflexiones de la etnopsiquiatría (etnopsicoanálisis). En la mito-

logía griega, tres personajes reflejan el fenómeno: Cibele, Atis y Hermafrodita. Gran diosa madre de Frigia, Cibele fue honrada en todo el mundo antiguo al punto de ser confundida con Deméter, la madre de todos los dioses. Su amante Atis era a la vez su hijo y su compañero. Cuando quiso casarse, ella lo volvió loco: él se castró y después se dio muerte. Ésta es la razón de que los sacerdotes de la diosa fueran eunucos. En conmemoración del acto de Atis, los adeptos del culto de esta diosa madre tomaron la costumbre de mutilarse en la ebriedad y el éxtasis durante fiestas rituales. En cuanto a Hermafrodita, hijo de Hermes y Afrodita, fue amado por una ninfa que rogó a los dioses que los reuniera en un solo cuerpo. El joven quedó entonces provisto de un pene y dos senos. Algunos transexuales, muchos de los cuales han adoptado el papel del sexo opuesto desde la infancia, han sido tratados con éxito con intervenciones quirúrgicas para cambiar el sexo, acompañadas de tratamiento hormonal intensivo así como de psicoterapia. Juan Carlos Romi expresa que se configura cuando alguien, que siendo inequívocamente de un sexo, “siente” que su sexualidad corresponde a la del otro sexo, como si estuviera “atrapado” en un cuerpo que no se ajusta a sus inclinaciones libidinosas. De manera que, ante este “error de la naturaleza” estas personas pretenden que se les cambie quirúrgicamente la morfología de sus genitales y a partir de dicho cambio, acceder al “otro” sexo, el mismo que en realidad sigue teniendo ya que lo único que se realiza quirúrgicamente es un cambio en la morfología genital externa. El “cambio quirúrgico del sexo” en nuestro país tiene severas implicancias médico-legales. Configuran el delito de lesiones gravísimas, ya que una operación mutilante de cambio morfológico de los genitales necesariamente debe mediar la extirpación o modificación de los mismos (el art. 91 del CP dice: “si la lesión produjere un daño corporal o de la capacidad de engendrar o concebir”), aunque mediar consentimiento del individuo o de allegados, éste no es válido ya que la víctima va a recibir lesiones que no tienen fines terapéuticos.

Transferencia. Fenómeno inconsciente en el cual los sentimientos, actitudes y deseos originariamente vinculados a figuras importantes de la vida temprana del individuo son proyectadas a otras personas que han llegado a representarlas en su vida actual. Se la conceptualiza también como la actualización de deseos inconscientes en el ámbito del tratamiento psicoanalítico, así es posible que el analista aparezca con características de diversas figuras de la infancia del paciente o de sus vínculos más arcaicos, al modo de una pantalla de proyección transferencial. Hay transferencia positiva (aquella que favorece el trabajo analítico) y transferencia negativa (donde el odio y la hostilidad operaran como obstáculos a ser trabajados). Justamente por ser el sostén del análisis, allí se dirigirán las interpretaciones del analista y la resolución de la transferencia implicará en muchos casos el final de un análisis. El término es también utilizado por otras disciplinas con sentidos diferentes, por ejemplo: transferencia de títulos, de valores, de fondos, donde se relaciona con el desplazamiento o el transporte de entidades de cierto nivel de abstracción. También “transferencia sensorial”, que involucra la traducción de una percepción de un campo sensorial determinado a otro. Y en otro contexto, “transferencia de aprendizajes”, es cuando la progresión en un tipo de aprendizaje redundará en una mejoría en otro.

Transformación (de una pulsión) en lo contrario. Refiere a la pulsión y significa el recorrido en función del cual un impulso se transforma en su contrario a los fines de la defensa; por ejemplo, pasar de una actitud excitada a una absolutamente pasivizada.

Transformación persistente de la personalidad no atribuible a lesión o enfermedad cerebral. Este grupo incluye anomalías de la personalidad y del comportamiento en la edad adulta que, como consecuencia de catástrofes o exposiciones prolongadas a estrés excesivos, o de haber padecido enfermedades psiquiátricas graves, se han presentado en personas que previamente no habían puesto de manifiesto trastornos de la personalidad. Los diagnósticos incluidos en este apartado sólo deben hacerse cuando haya una clara evidencia de un cambio definido y duradero del modo como el enfermo percibe, se relaciona o piensa sobre el entorno y de sí mismo. La transformación de la personalidad debe ser significativa y acompañarse de un comportamiento rígido y desadaptativo que no estaba presente antes de la experiencia patógena. La alteración no debe ser una manifestación de otro trastorno mental o un síntoma residual de cualquier trastorno mental previo. Estas transformaciones o cambios de la personalidad duraderos suelen presentarse después de experiencias traumáticas de una intensidad extraordinaria, aunque también pueden hacerlo como consecuencia de un trastorno mental grave prolongado o recurrente. Puede ser difícil la diferenciación entre los rasgos de personalidad adquiridos y el desenmascaramiento o exacerbación de un trastorno de la personalidad tras una situación estresante, de una tensión mantenida o de una experiencia psicótica. Las transformaciones duraderas de la personalidad deberán ser diagnosticadas únicamente cuando el cambio constituya una manera de ser permanente y diferente, cuya etiología pueda referirse a una experiencia profunda y existencialmente extrema. No deberá recurrirse a este diagnóstico si el trastorno de la personalidad es secundario a una enfermedad o a una lesión cerebral importante (CIE 10).

Transformación persistente de la personalidad tras enfermedad psiquiátrica. Se trata de una transformación de la personalidad atribuible a la experiencia traumática de sufrir una enfermedad psiquiátrica grave. Los cambios no puede ser explicados por un trastorno de personalidad previo y deben diferenciarse de la esquizofrenia residual y de otros estados de recuperación incompleta de un trastorno mental previo. La transformación de la personalidad debe ser persistente y manifestarse como un modo rígido y desadaptativo de la manera de vivir y comportarse que llevan a un deterioro a largo plazo (personal, social o laboral), así como a un malestar subjetivo. No debe estar presente un trastorno de personalidad preexistente que pueda explicar el cambio de la personalidad y el diagnóstico no debe basarse en un síntoma residual de un trastorno mental previo. La transformación de la personalidad tiene que haber surgido tras la recuperación clínica de un trastorno mental que se debe haber vivido como extremadamente estresante y devastador para la imagen de sí mismo. Las actitudes o reacciones de otras personas hacia el enfermo después de la enfermedad son importantes para determinar y reforzar los niveles de estrés percibidos por la persona. Este tipo de transformación de la personalidad no puede ser comprendido totalmente sin tener en consideración la experiencia emocional subjetiva y la personalidad previa, sus formas de adaptación y sus factores de vulnerabili-

dad específicos. Para poder hacer este diagnóstico, la transformación de la personalidad debe manifestarse por rasgos clínicos como los siguientes: a) excesiva dependencia y demandas de terceras personas; b) convicción de estar cambiado o estigmatizado por la enfermedad precedente, lo que da lugar a una incapacidad para formar y mantener relaciones personales de confianza y a un aislamiento social; c) pasividad, reducción de los intereses y de la participación en entretenimientos; d) quejas constantes de estar enfermo que pueden acompañarse de demandas hipocondríacas y comportamiento de enfermedad; e) humor disfórico o lábil, no debido a un trastorno mental presente o previo con síntomas afectivos residuales; y f) deterioro significativo del rendimiento social y ocupacional. Las manifestaciones arriba señaladas deben haber estado presentes durante un período de por lo menos dos años. La transformación no puede ser atribuida a una enfermedad o lesión cerebral importante. Un diagnóstico previo de esquizofrenia no excluye el diagnóstico (*CIE 10*).

Transformación persistente de la personalidad tras experiencia catastrófica. La transformación persistente de la personalidad puede aparecer tras la experiencia de una situación estresante catastrófica. El estrés debe ser tan extremo como para que no se requiera tener en cuenta la vulnerabilidad personal para explicar el profundo efecto sobre la personalidad. Son ejemplos típicos: experiencias en campos de concentración, torturas, desastres y exposición prolongada a situaciones amenazantes para la vida (por ejemplo, secuestro, cautiverio prolongado con la posibilidad inminente de ser asesinado). Puede preceder a este tipo de transformación de la personalidad un trastorno de estrés post-traumático. Estos casos pueden ser considerados como estados crónicos o como secuelas irreversibles de aquel trastorno. No obstante, en otros casos, una alteración persistente de la personalidad que reúne las características que a continuación se mencionan, puede aparecer sin que haya una fase intermedia de un trastorno de estrés post-traumático manifiesto. Sin embargo, las transformaciones duraderas de la personalidad después de una breve exposición a una experiencia amenazante para la vida como puede ser un accidente de tráfico, no deben ser incluidas en esta categoría puesto que investigaciones recientes indican que este tipo de evolución depende de una vulnerabilidad psicológica preexistente. La transformación de la personalidad debe ser persistente y manifestarse como rasgos rígidos y desadaptativos que llevan a un deterioro de las relaciones personales y de la actividad social y laboral. Por lo general la transformación de la personalidad debe ser confirmada por información de un tercero. El diagnóstico esencialmente se basa en la presencia de rasgos previamente ausentes, como por ejemplo: a) actitud permanente de desconfianza u hostilidad y hacia el mundo; b) aislamiento social; c) sentimientos de vacío o desesperanza; d) sentimiento permanente de “estar al límite”, como si se estuviera constantemente amenazado; y e) vivencia de extrañeza de sí mismo. Esta transformación de la personalidad debe haber estado presente por lo menos durante dos años y no debe poder ser atribuida a un trastorno de la personalidad preexistente o a un trastorno mental distinto del trastorno de estrés post-traumático. También debe descartarse la presencia de una enfermedad o de una lesión cerebral importante que pudieran dar lugar a manifestaciones clínicas similares. Incluye: transformación de la personalidad tras experiencias de campo de concentración, desastres y catástro-

fes, cautiverio prolongado con peligro inminente de ser ejecutado, exposición prolongada a situaciones amenazantes para la vida como ser víctima de un acto terrorista o de torturas (CIE 10).

Transformismo. Denominase así a los procesos de ciertas especies biológicas que en el tiempo o dadas ciertas circunstancias pueden convertirse en otras.

Transgredir. Del latín: *transgredi*. Quebrantar, violar un precepto, ley o estatuto.

Transicional [objeto]. Caracterización utilizada por D. Winnicott que denomina así al primer objeto material que usa el lactante para representar como mediador la figura introyectada de la madre cuando ésta por una u otra razón está ausente. Un ejemplo clásico es el osito de peluche que tranquiliza y enlaza las ansiedades del niño cuando debe quedarse solo en la cuna al iniciar el sueño. Allí el osito representa a la madre o equivalentes en su rol de figuras de protección. Es transicional como objeto, porque si bien no es parte corporal propia, hace las veces de puente entre la realidad objetiva y la significación de la ausencia-presencia de la madre que se va configurando, aquietando la ansiedad de separación y elaborándola.

Transigir. Del latín: *transigere*. Consentir en parte con lo que no se cree justo, razonable o verdadero, con el fin de acabar con una diferencia. Ajustar algún punto dudoso o litigioso, conviniendo las partes voluntariamente en algún medio que componga y parta la diferencia de la disputa.

Transitivismo. Término que refiere a una modalidad de relación identificatoria común en los niños pequeños y que han investigado tanto Ch. Buhler como J. Páger. Para J. Lacan tiene que ver con la relación imaginaria o especular entre el Yo y el otro, a tal punto que un chico puede, por ejemplo, darle una patada a otro del lado derecho y tomarse su pierna izquierda como un espejo.

Trans-subjetividad - trans-subjetivo. Se denomina así a la estructura representacional del mundo real y concreto en lo social y lo material que el sujeto va adquiriendo por experiencias propias o transmitidas primero por los padres y familia y luego por las distintas instituciones en las que participa. Lo trans-subjetivo sería entonces ese marco mayor donde la objetividad se inscribe.

Transvestismo. Utilización de vestimentas del sexo opuesto, asociada habitualmente a homosexualidad y al deseo de ser aceptado como miembro del sexo opuesto.

Traslado. Es la providencia mediante la cual el tribunal dispone poner en conocimiento de una de las partes alguna petición formulada por la otra.

Trastorno. Término genérico de alto impacto y aceptación en la psiquiatría actual, puesto que es utilizado en los dos sistemas clasificatorios contemporáneos DSM-IV y CIE-10 en reemplazo del sustantivo síndrome, del cual ha tomado su significado actual. La psiquiatría decimonónica construyó su paradigma alrededor de las nociones de endogenicidad y exogenicidad (o reactividad) para que luego a principios del siglo XX el mismo se consolidara alrededor de los conceptos de psicosis endógenas (esquizofrenia y psicosis maníaco-depresivas); psicosis exógenas (orgánicas y tóxicas); neurosis o reacciones vivenciales y psicopatías. A mediados del siglo pasado el paradigma bajo la enorme influencia del psicoanálisis planteaba una clínica de tres grandes estructuras psicopatológicas –perversio-

nes, psicosis y neurosis–, que fue el que imperó hasta el año 1980 en el que con la introducción del DMS-III se abandonó el uso de los términos perversiones y neurosis, por considerarlos ideológicos, ya que implicaban un presupuesto etiológico (el de la conflictiva inconsciente), el cual estaba reñido con el nuevo paradigma imperante hasta la actualidad que es el de un neopositivismo. De este modo se eligió el término trastorno para denominar la totalidad y a cada uno de los síndromes de la psiquiatría clínica. Aunque la CIE-10 reconoce que el término “trastorno” no es preciso, lo utiliza para señalar “la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren con la actividad del individuo. Los trastornos definidos en la CIE-10 no incluyen disfunciones o conflictos sociales por sí mismos en ausencia de trastornos individuales”. La CIE-10 utiliza el término “trastorno” para evitar los problemas que plantea el utilizar otros conceptos como “enfermedad” o “padecimiento”.

Trastorno anancástico de la personalidad. Se trata de un trastorno de la personalidad caracterizado por: a) falta de decisión, dudas y precauciones excesivas, que reflejan una profunda inseguridad personal; b) preocupación excesiva por detalles, reglas, listas, orden, organización y horarios; c) perfeccionismo que interfiere con la actividad práctica; d) rectitud y escrupulosidad excesivas junto con preocupación injustificada por el rendimiento, hasta el extremo de renunciar a actividades placenteras y a relaciones personales; e) pedertería y convencionalismo con una capacidad limitada para expresar emociones; f) rigidez y obstinación; g) con insistencia poco razonable en que los demás se sometan a la propia rutina y resistencia también poco razonable a dejar a los demás hacer lo que tienen que hacer y; h) la irrupción no deseada e insistente de pensamientos o impulsos. Incluye: personalidad compulsiva personalidad obsesiva trastorno compulsivo de la personalidad trastorno obsesivo de la personalidad (*CIE 10*).

Trastorno ansioso [con conducta de evitación] de la personalidad. Se trata de un trastorno de la personalidad caracterizado por la presencia de: a) sentimientos constantes y profundos de tensión emocional y temor; b) preocupación por ser un fracasado, sin atractivo personal o por ser inferior a los demás; c) preocupación excesiva por ser criticado o rechazado en sociedad; d) resistencia a entablar relaciones personales si no es con la seguridad de ser aceptado; e) restricción del estilo de vida debido a la necesidad de tener una seguridad física y; f) evitación de actividades sociales o laborales que impliquen contactos personales íntimos, por el miedo a la crítica, reprobación o rechazo. Puede presentarse también una hipersensibilidad al rechazo y a la crítica (*CIE 10*).

Trastorno antisocial de la personalidad. Pauta de conducta irresponsable y antisocial en un individuo mayor de 18 años, que empieza en la infancia o primera etapa de la adolescencia y continúa en la edad adulta. En la infancia pueden aparecer conductas como mentir, robar, escaparse de casa, etc., no corrigiéndose ni acongojándose cuando reciben castigos. Las conductas que presentan en la edad adulta entran en conflicto con las normas establecidas y parecen regularse exclusivamente por su sensibilidad a las señales de recompensa y a la gratificación inmediata (Vallejo, 1980). Incluye conductas tales como la incapacidad para mantener una conducta laboral consistente, fracaso en adaptarse a las normas

sociales con respecto a la conducta legal, irritabilidad y agresividad, fallos para planificar y actuaciones impulsivas, etc.

Trastorno bipolar. Se trata de un trastorno caracterizado por la presencia de episodios reiterados (al menos dos) en los que el estado de ánimo y los niveles de actividad del enfermo están profundamente alterados, de forma que en ocasiones la alteración consiste en una exaltación del estado de ánimo y un aumento de la vitalidad y del nivel de actividad (manía o hipomanía) y en otras, en una disminución del estado de ánimo y un descenso de la vitalidad y de la actividad (depresión). Lo característico es que se produzca una recuperación completa entre los episodios aislados. A diferencia de otros trastornos del humor (afectivos), la incidencia en ambos sexos es aproximadamente la misma. Dado que los enfermos que sufren únicamente episodios repetidos de manía son relativamente escasos y de características muy parecidas (antecedentes familiares, personalidad premórbida, edad de comienzo y pronóstico a largo plazo) al resto de los enfermos que tienen al menos episodios ocasionales de depresión, estos enfermos se clasifican como otro trastorno bipolar. Los episodios de manía comienzan normalmente de manera brusca y se prolongan durante un período de tiempo que oscila entre dos semanas y cuatro a cinco meses (la duración mediana es de cuatro meses). Las depresiones tienden a durar más (su duración mediana es de 6 meses), aunque rara vez se prolongan más de un año, excepto en personas de edad avanzada. Ambos tipos de episodios sobrevienen a menudo a raíz de acontecimientos estresantes u otros traumas psicológicos, aunque su presencia o ausencia no es esencial para el diagnóstico. El primer episodio puede presentarse a cualquier edad, desde la infancia hasta la senectud. La frecuencia de los episodios y la forma de las recaídas y remisiones pueden ser muy variables, aunque las remisiones tienden a ser más cortas y las depresiones más frecuentes y prolongadas al sobrepasar la edad media de la vida. A pesar de que el concepto original de “psicosis maníaco-depresiva” también incluía enfermos que sufrían únicamente de depresión, el término trastorno o psicosis maníaco-depresiva se usa ahora preferentemente como sinónimo del trastorno bipolar. Incluye: trastorno maníaco-depresivo, psicosis maníaco-depresiva, reacción maníaco-depresiva (*CIE 10*).

Trastorno cognoscitivo leve. Este trastorno puede preceder, acompañar o suceder a infecciones o trastornos somáticos, cerebrales o sistémicos (incluyendo la infección por HIV) muy diversos. Puede no existir una afectación cerebral puesta de manifiesto por signos neurológicos o déficit en los tests psicológicos, pero sí grandes molestias o interferencias con actividades agradables. Cuando es consecuencia de una enfermedad somática de la que el enfermo se recupera, el trastorno cognoscitivo leve no se prolonga más de unas pocas semanas. La característica principal es una disminución del rendimiento cognitivo, que puede incluir deterioro de la memoria y dificultades de aprendizaje o de concentración. Los tests objetivos suelen detectar anomalías. La naturaleza de los síntomas no permite el diagnóstico de demencia, síndrome amnésico orgánico o delirium (*CIE 10*).

Trastorno corporal dismórfico. Preocupación excesiva por algún defecto imaginario sobre la apariencia física. Antes conocido como dismorfofobia, si la persona tiene realmente algún defecto físico, el problema consiste en una preocupación excesiva sobre él, que resulta injustificada.

Trastorno de ansiedad. Conjunto de síndromes que se caracterizan por poseer en común como manifestación psicopatológica fundamental la ansiedad. Los trastornos reconocidos en la actualidad son:

- **Agorafobia:** temor o incomodidad en los lugares o situaciones en los que no sea fácil disponer de ayuda. Las situaciones más características son: las multitudes, los medios de transporte, pasar debajo de un puente. Las manifestaciones de ansiedad pueden llegar a adquirir la envergadura de un ataque de pánico. En estos casos se diagnosticará Agorafobia con pánico.

- **Pánico:** es un conjunto de manifestaciones neurovegetativas displacenteras: temblores, ansiedad somática, taquicardia, palpitaciones, sudoración y sensación de falta de aire. Característicamente estos síntomas tiene una duración acotada, pero a veces entre los pró-dromos, la sintomatología de estado y posterior a la crisis puede durar un horas. Este conjunto de sensaciones debe acompañarse de alguno de los siguientes fenómenos cognitivos: temor a perder el control o volverse loco, temor a morir de un ataque cardíaco, temor a desvanecerse y a veces se acompaña de un sentimiento de despersonalización o desrealización. Este último tipo de ataque de pánico se denomina Síndrome de Roth. El trastorno por pánico exige no sólo la presencia de ataques de pánico sino también el temor anticipatorio a volver a experimentarlo con la consiguiente modificación de la conducta.

- **Ansiedad generalizada:** la característica saliente de este trastorno es que junto a los síntomas de ansiedad neurovegetativos, la cognición que lo acompaña es el apronte angustioso o anticipación ansiosa. Esto es el temor a que algo malo vaya a ocurrir.

- **Obsesiones y compulsiones:** la ansiedad se manifiesta ante la irrupción de imágenes, pensamientos o impulsos recurrentes, molestos y egodistónicos, que son experimentados por quien los padece como ajenos a su voluntad pero procedentes de sí mismos. Para conjurar la ansiedad que producen el sujeto se ve obligado a realizar actos compulsivos que alivian la carga de ansiedad, y si estas compulsiones son ejecutadas con arreglo a ciertas normas de procedimiento, se estará en presencia de compulsiones complejas o rituales.

- **Estrés agudo:** es el conjunto de síntomas de ansiedad y disociativos que se padecen como consecuencia de haber estado expuesto a un suceso traumático que amenace la vida de otros o uno mismo. Es un diagnóstico cuyo principal criterio es temporal. Se diagnostica en los síndromes postraumáticos que duran menos de 30 días.

- **Estrés postraumático:** aquí la ansiedad postraumática caracterizada por reexperimentación, evitaciones fóbicas y estado de hiperalerta que aparecen luego de la exposición a un suceso traumático amenazante de la integridad física dura más de 30 días.

- **Fobias:** conjunto de temores irreales y exagerados desplazados sobre objetos específicos. Es uno de los cuadros psicopatológicos que mejor responden a las psicoterapias. De hecho tanto la escuela psicoanalítica de Freud como la conductista de Watson fundamentaron su observaciones iniciales a partir del tratamiento fobias infantiles (casos Juanito y el pequeño Albert respectivamente).

- **Ansiedad social o fobia social:** es el conjunto de síntomas neurovegetativos que se desencadenan ante la exposición o el temor anticipatorio de estas. Puede ser generalizada o localizada (de ejecución: por ejemplo el temblor de manos en músicos, ajedrecistas).

Estos subtipos de trastornos se complementan con aquellos que son secundarios a enfermedades de la medicina interna: por ejemplo crisis ansiosas o pánicolas del hipertiroidismo; crisis ansiosas inducidas por anfetaminas o cocaína.

Estos cuadros pueden presentarse solos o combinados con otros trastornos severos: depresiones, trastornos bipolares, esquizofrenia y adicciones.

Trastorno de ansiedad de separación de la infancia. Es normal que los niños pequeños y en edad preescolar presenten un cierto grado de ansiedad ante las separaciones reales o la amenaza de las mismas de personas significativas con las que están vinculados. El trastorno de ansiedad de separación se diagnosticará sólo cuando el temor a la separación constituya el foco de la ansiedad y cuando la ansiedad aparezca por primera vez en edades tempranas. Este trastorno se diferencia de la ansiedad normal de separación por su gravedad que es de un grado estadísticamente anormal (incluyendo su persistencia anormal más allá de la edad habitual) y cuando se acompañe de un comportamiento social significativamente restringido. Además, el diagnóstico requiere que no haya alteraciones generalizadas del desarrollo de la personalidad. La ansiedad de separación que comienza en una edad no adecuada al momento evolutivo (por ejemplo, durante la adolescencia) no debe ser codificada de acuerdo con esta categoría a menos que constituya la persistencia de lo que fue una ansiedad de separación infantil propiamente dicha. El rasgo diagnóstico clave es una ansiedad excesiva y centrada en la separación de individuos con los que el niño está vinculado (por lo general los padres u otros miembros de la familia) y no es simplemente parte de una ansiedad generalizada ante múltiples situaciones posibles. La ansiedad de separación puede presentarse como: a) preocupación injustificada a posibles daños que pudieran acaecer a personas significativas o temor a que alguna de estas las abordara; b) preocupación injustificada a que un acontecimiento adverso lo separe de una persona significativa (como por ejemplo, poder perderse, ser secuestrado, ingresado en un hospital o asesinado); c) desagrado o rechazo persistente a ir al colegio por el temor a la separación (más que por otras razones como miedo a algo que pudiera suceder en el colegio); d) desagrado o rechazo persistente a irse a la cama sin compañía o cercanía de alguna persona significativa; e) temor inadecuado y persistente a estar solo, o sin la persona significativa, en casa durante el día; f) pesadillas reiteradas sobre la separación; g) síntomas somáticos reiterados (tales como náuseas, gastralgias, cefaleas o vómitos) en situaciones que implican la separación de una persona significativa, tal y como salir de casa para ir al colegio; y h) malestar excesivo y recurrente (en forma de ansiedad, llantos, rabietas, tristeza, apatía o retraimiento social) en anticipación, durante o inmediatamente después de la separación de una figura de vínculo importante. Muchas situaciones que implican separación también traen consigo otras posibles fuentes de tensión o de ansiedad. El diagnóstico se basa en la comprobación de que el elemento común a las diversas situaciones en las que surge la ansiedad es la separación de una persona significativa. La angustia relacionada con el rechazo (o fobia) escolar suele ser expresión de una ansiedad de separación, aunque no siempre (en especial en la adolescencia). El rechazo escolar que aparece por primera vez en la adolescencia no debe codificarse aquí a menos que a) sea primariamente una expresión de ansiedad de separación; y b) que la ansiedad estuviera ya presente en un grado anormal durante la etapa preescolar (*CIE 10*).

Trastorno de ansiedad generalizada. Se caracteriza por la presencia de ansiedad de carácter persistente insidioso y generalizado y una preocupación excesiva e incontrolable sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades. La ansiedad es el síntoma base de este trastorno, se acompaña de sensación de tensión interna, dificultad para relajarse, fatigabilidad fácil, dificultad para concentrarse, irritabilidad y alteraciones del sueño.

Durante años la especificidad nosológica de esta entidad fue puesta en duda, existiendo distintas posturas acerca de su real naturaleza: etapa prodrómica de un trastorno por pánico (TP), categoría diagnóstica residual o un marcador de severidad para otras enfermedades. Sin embargo, la investigación reciente ha presentado en forma abundante un importante número de publicaciones cuyos resultados resaltan las cualidades específicas de este trastorno: 1) cronicidad, 2) independencia y 3) severidad. En efecto, hoy se sabe que el TAG persiste durante décadas en la vida de un individuo, con bajas tasas de remisión a pesar de los tratamientos efectuados y con una evolución hacia la disfunción biológica, psicológica y social. Marquez, M. expresa que el trastorno tiene una prevalencia de alrededor del 3% de la población general adulta. Lo padecen dos mujeres por cada hombre y tiene una muy alta tasa de comorbilidad con otros trastornos ansiosos o depresivos.

Trastorno de carácter. Pauta de personalidad caracterizada por una conducta maladaptativa, inflexible.

Trastorno de conversión. Pérdida o alteración en el funcionamiento fisiológico (por ejemplo parálisis, sordera, ceguera) que sugiere un trastorno físico, pero para el cual no existe patología orgánica subyacente. El principal aporte para explicar la conversión viene del psicoanálisis: Freud comenzó proponiendo que la energía psíquica asociada con deseos e impulsos inconscientes inaceptables podría convertirse en síntomas somáticos. Un típico trastorno de conversión es la anestesia de guante, donde la persona tiene insensibilizada la mano hasta la muñeca.

Trastorno de despersonalización-desrealización. Se trata de un trastorno en el que el individuo se queja espontáneamente de la vivencia de que su propia actividad mental, su cuerpo, su entorno o todos ellos, están cualitativamente transformados, de manera que se han vuelto irreales, lejanos o mecánicos (faltos de espontaneidad). El enfermo puede sentir que ya no es él el que rige su propia actividad de pensar, imaginar o recordar, de que sus movimientos y comportamiento le son de alguna manera ajenos, que su cuerpo le parece desvitalizado, desvinculado de sí mismo o extraño, que su entorno le parece falto de colorido y de vida, como si fuera artificial o como si fuera un escenario sobre el que las personas actúan con papeles predeterminados. En algunos casos, el enfermo puede sentir que se está observando a sí mismo desde cierta distancia o como si estuviera muerto. La queja de pérdida de los sentimientos es la más frecuente entre estos diversos fenómenos. El número de enfermos que sufre este trastorno de forma pura o aislado es pequeño. Por lo general los fenómenos de desrealización-despersonalización aparecen en el contexto de enfermedades depresivas, trastornos fóbicos y obsesivo-compulsivos. Pueden darse también elementos de este síndrome en individuos mentalmente sanos, en estados de fatiga, privación sensorial, intoxicación alucinógena o como un fenómeno hipnagógico o hipnopómpico. Las manifestaciones del síndrome de despersonalización-desrealización son similares

a las llamadas “experiencias límites ante la muerte”, que acompañan a situaciones de peligro extremo para la vida. Para hacer un diagnóstico preciso deben estar presentes al menos una de las siguientes características: a) síntomas de despersonalización tales como que el enfermo siente que sus propias sensaciones o vivencias se han desvinculado de sí mismo, son distantes o ajenas, se han perdido, etc.; b) síntomas de desrealización tales como que los objetos, las personas o el entorno parecen irreales, distantes, artificiales, desvaídos, desvitalizados, etc.; c) el reconocimiento de que se trata de un cambio espontáneo y subjetivo y no ha sido impuesto por fuerzas externas o por otras personas (persiste una adecuada conciencia de enfermedad); y d) claridad del sensorio y evidencia de que no se trata de un estado tóxico confusional o de una epilepsia. Incluye: síndrome de despersonalización-desrealización (*CIE 10*).

Trastorno de estrés post-traumático. Se trata de un trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causaría por sí misma malestar generalizado en casi todo el mundo (por ejemplo, catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes graves, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen). Ciertos rasgos de personalidad (por ejemplo, compulsivos o asténicos) o antecedentes de enfermedad neurótica, si están presentes, pueden ser factores predisponentes y hacer que descienda el umbral para la aparición del síndrome o para agravar su curso, pero estos factores no son necesarios ni suficientes para explicar la aparición del mismo. Las características típicas del trastorno de estrés post-traumático son: episodios reiterados de volver a vivenciar el trauma en forma de reviviscencias o sueños que tienen lugar sobre un fondo persistente de una sensación de “entumecimiento” y embotamiento emocional, de desapego de los demás, de falta de capacidad de respuesta al medio, de anhedonia y de evitación de actividades y situaciones evocadoras del trauma. Suelen temerse, e incluso evitarse, las situaciones que recuerdan o sugieren el trauma. En raras ocasiones pueden presentarse estallidos dramáticos y agudos de miedo, pánico o agresividad, desencadenados por estímulos que evocan un repentino recuerdo, una actualización o ambos a la vez, del trauma o de la reacción original frente a él. Por lo general hay un estado de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia, un incremento de la reacción de sobresalto e insomnio. Los síntomas se acompañan de ansiedad y de depresión y no son raras las ideaciones suicidas. El consumo excesivo de sustancias psicotropas o alcohol puede ser un factor agravante. El comienzo sigue al trauma con un período de latencia cuya duración varía desde unas pocas semanas hasta meses (pero rara vez supera los seis meses). El curso es fluctuante, pero se puede esperar la recuperación en la mayoría de los casos. En una pequeña proporción de los enfermos, el trastorno puede tener durante muchos años un curso crónico y evolución hacia una transformación persistente de la personalidad. Este trastorno no debe ser diagnosticado a menos que no esté totalmente claro que ha aparecido dentro de los seis meses posteriores a un hecho traumático de excepcional intensidad. Un diagnóstico “probable” podría aun ser posible si el lapso entre el hecho y el comienzo de los síntomas es mayor de seis meses, con tal de que las manifestaciones clínicas sean típicas y no sea ve-

rosímil ningún otro diagnóstico alternativo (por ejemplo, trastorno de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo o episodio depresivo). Además del trauma, deben estar presentes evocaciones o representaciones del acontecimiento en forma de recuerdos o imágenes durante la vigilia o de ensueños reiterados. También suelen estar presentes, pero no son esenciales para el diagnóstico, desapego emocional claro, con embotamiento afectivo y la evitación de estímulos que podrían reavivar el recuerdo del trauma. Los síntomas vegetativos, los trastornos del estado de ánimo y un comportamiento anormal contribuyen también al diagnóstico, pero no son de importancia capital para el mismo. Incluye: neurosis traumática (*CIE 10*).

Trastorno de pánico [Ansiedad paroxística episódica]. Su característica esencial es la presencia de crisis recurrentes de ansiedad grave (pánico) no limitadas a ninguna situación o conjunto de circunstancias particulares. Son, por lo tanto, imprevisibles. Como en otros trastornos de ansiedad, los síntomas predominantes varían de un caso a otro, pero es frecuente la aparición repentina de palpitaciones, dolor precordial, sensación de asfixia, mareo o vértigo y sensación de irrealidad (despersonalización o desrealización). Casi constantemente hay un temor secundario a morir, a perder el control o a enloquecer. Cada crisis suele durar sólo unos minutos, pero puede durar más. Tanto la frecuencia como el curso del trastorno, que predomina en mujeres, son bastante variables. A menudo el miedo y los síntomas vegetativos del ataque van creciendo de tal manera que los que los padecen terminan por salir, escapar de donde se encuentran. Si esto tiene lugar en una situación concreta, por ejemplo, en un autobús o en una multitud, como consecuencia, el enfermo puede en el futuro tratar de evitar esa situación. Del mismo modo, frecuentes e imprevisibles ataques de pánico llevan a tener miedo a estar solo o a ir a sitios públicos. Un ataque de pánico a menudo se sigue de un miedo persistente a tener otro ataque de pánico. En esta clasificación, las crisis de pánico que se presentan en una situación fóbica consolidada se consideran expresión de la gravedad de la fobia y ésta tiene preferencia para el diagnóstico. El trastorno de pánico es el diagnóstico principal sólo en ausencia de cualquiera de las fobias. Para un diagnóstico definitivo deben presentarse varios ataques graves de ansiedad vegetativa al menos durante el período de un mes: a) en circunstancias en las que no hay un peligro objetivo, b) no deben presentarse sólo en situaciones conocidas o previsibles y c) en el período entre las crisis el individuo debe además estar relativamente libre de ansiedad aunque es frecuente la ansiedad anticipatoria leve. Incluye: ataques de pánico, estados de pánico (*CIE 10*).

Trastorno de personalidad. El concepto de trastorno de la personalidad comprende el conjunto de rasgos y características distintivas de la conducta de los individuos que determinan una relación distorsionada con el entorno social. El DSM-IV define al trastorno de la personalidad como un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principios de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto. La OMS los define como alteraciones y modos de comportamiento que tienen relevancia clínica por sí mismos, que tienden a ser persistentes y son la expresión de un estilo de vida y de la manera característica que el individuo tiene de relacionarse consigo mismo y con los demás. Para realizar un diagnóstico de

trastorno de la personalidad es necesario determinar si los rasgos son penetrantes, problemáticos, perdurables y de comienzo precoz. En la elaboración del diagnóstico se deben tener en cuenta la conducta, los afectos los aspectos cognitivos y las relaciones interpersonales.

El DSM IV los clasifica en la siguiente forma; paranoide, esquizoide, esquizotípico, límite, compulsivo, histriónico, narcisista, antisocial, dependiente, evitativo y pasivo agresivo. La OMS como, paranoide, esquizoide, anancástica histriónica, inestable de tipo impulsivo y de tipo límite, disocial, dependiente y ansioso con conductas de evitación.

Trastorno de personalidad antisocial. Es un trastorno caracterizado por un patrón general de desprecio y de violación de los derechos de los demás, de comienzo en la infancia o principios de la adolescencia. Según el ICD 10 el rasgo más llamativo es la disparidad entre las normas sociales prevalentes y el comportamiento. En cuanto a la epidemiología, el trastorno se verifica en aproximadamente el 2% ó el 3% de la población general. Es un trastorno más común en los varones, predominante en los habitantes urbanos de menores recursos económicos. En la etiología intervienen factores genéticos y psicosociales. Un estudio mostró mayor concordancia en los gemelos monocigóticos que en los dicigotas. Los factores de riesgo son la crianza a cargo de personas sin estabilidad en la referencia, descuidadas, irresponsables y abusadoras. Otros factores frecuentes en este trastorno son las alteraciones de conducta en la infancia y las variables sociológicas tales como pobreza, marginalidad, adopción, ilegitimidad, familia numerosa, divorcio y violencia familiar. Los factores genéticos seguramente son relevantes, pero por el momento se desconoce su especificidad. El núcleo fenoménico central, de este trastorno, es la actuación. La actuación es al trastorno antisocial de la personalidad lo que la angustia es a la neurosis y el delirio a la psicosis. Dicha actuación trasgrede el orden social instituido. Una de las características fundamentales es el desprecio y la falta de respeto por el derecho de los demás. Al parecer, la experiencia, no les resulta válida para el aprendizaje. Parecen desconocer la honestidad, la fidelidad y la lealtad; responden solamente a códigos propios. En algunos casos la presencia de la impulsividad hace desaparecer la cautela y por consiguiente la aparición de conductas temerarias. No experimentan culpa por sus acciones, las cuales resultan egosintónicas y son incapaces de sostener relaciones sociales duraderas y creativas. Pueden ser dominantes, egocéntricos y generalmente manipuladores. Sus conductas cotidianas están nimbadas por la fabulación y la mentira.

Trastorno de personalidad compulsivo. Se trata de un trastorno de la personalidad caracterizado por conductas de preocupación por el orden, el perfeccionismo, el control interpersonal y falta de plasticidad y eficiencia. Su pauta de conducta es el conformismo y la disciplina. J. Gunderson dice que, en 1908, Freud detalló las particularidades de estos individuos: el orden, la parsimonia y la obstinación. Orden implica el aseo personal y la confiabilidad y conciencia en la realización de las tareas. Los términos opuestos serían desaliño y negligencia. La parsimonia (frugalidad, ahorro, circunspección) podría llegar a la avaricia y la obstinación podría asociarse a irascibilidad y sed de venganza. Desde entonces estos tres rasgos se citan con frecuencia en las publicaciones psicoanalíticas y psiquiátricas. M. Jones destaca en estos pacientes la preocupación por el tiempo, el dinero y la limpieza. W. Reich hace hincapié en la presencia de la indecisión, la duda, la desconfianza y la tendencia a estar tan mal predispuesto a los afectos como inaccesible a ellos. En general se trata de pacien-

tes detallistas, perfeccionistas, hasta tal punto que pueden perder de vista el objetivo principal en función de los detalles. Se agrega, usualmente, perseverancia y rigidez, además de limitaciones emocionales y dudas. Excluyen el ocio para dedicarse al trabajo en forma excesiva. La toma de decisiones puede llevar días, meses, años o toda una vida. El ICD 10, lo denomina trastorno anancástico (del griego, necesidad, fatalidad). La prevalencia de este trastorno en la población general está estimada en el 1%. Continúa vigente la teoría que da cuenta de la fijación anal en este tipo de trastorno. No obstante, Erikson dice que los deseos del niño, conjuntamente con emociones e impulsos podrían ser desaprobados por sus progenitores de modo que se reprimirían las emociones, en especial la ira. Por tal motivo, se dedicarían a sus tareas específicas de juego y a tratar de perfeccionarse para lograr la aprobación de los demás que generalmente son críticos, controladores y tal vez, obsesivos. Es probable que la cultura y la subordinación del individuo a las demandas socioculturales fomenten y refuercen los rasgos obsesivos.

Trastorno de personalidad esquizoide. Trastorno caracterizado por una conducta inhábil para las relaciones interpersonales significativas y una expresión limitada de las emociones. En sus pautas prevalecen el aislamiento y la desvinculación.

Se estima que del trastorno afecta del de 0.5% al 7% de la población general. Parece ser más común en los varones que en las mujeres. Las evaluaciones retrospectivas sugieren que estas personalidades tienen antecedentes de crianza inadecuada, fría y negligente, lo cual supone que las relaciones con los demás no serán gratificantes y se aíslan, como mecanismos de defensa. La heredabilidad de la introversión (repliegue sobre sí mismo) parece ser considerable. El diagnóstico se basa en las escasas relaciones sociales y la falta de expresión emocional. Son solitarios, generalmente introvertidos, con escasos o nulos contactos íntimos y confidenciales. No desean tener lazos emocionales. No disfrutan de los vínculos estrechos o íntimos y se muestran indiferentes ante otros seres humanos. El contacto afectivo se suele dar a través de elementos electrónicos y en la actualidad en modalidades tales como internet y chateo electrónico, donde parecen sumergirse, disociándose marcadamente de la realidad externa. Se los observa distantes, indiferentes, absortos, replegados sobre sí mismos, anhedónicos, fríos emocionalmente, con incapacidad para expresar sentimientos. Completa el cuadro la elección de actividades solitarias, las ausencias de relaciones íntimas y las dificultades para cumplir con las normas sociales.

Trastorno de personalidad esquizotípico. El DSM IV lo caracteriza por un patrón de malestar intenso en las relaciones interpersonales, distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento. Se estima que la prevalencia de este trastorno es del 3% al 5% en la población general. Las investigaciones efectuadas muestran la existencia de una base genética común con la esquizofrenia. Una investigación danesa de Seymour Kety corroboró esta afirmación, en un estudio de adopción respecto de pacientes esquizoides y límites. Clínicamente presentan ideas autorreferenciales, interpretaciones inhabituales para esa persona, creencias extrañas, pensamientos mágicos, supersticiones y vivencias paranoides de perjuicio. Pueden observarse ideas de dominio sobre las personas, merced a poseer poderes especiales. Estos pacientes pueden evidenciar también, rasgos obsesivos tales como efectuar rituales para conjurar alguna desgracia; alteraciones sensorio-perceptivas (sentir que

otra persona está presente, oír voces que lo nombran o se refieren a él). El discurso puede ser extravagante, y en general el pensamiento es vago, metafórico y circunstancial y a veces puede ser estereotipado. S. Rado (1953) caracterizaba a la organización esquizotípica por vulnerabilidad, sobredependencia e intelectualización. Estos sujetos, igual que los esquizoides revelan falta de interés en las relaciones interpersonales, manifestando franca ansiedad social.

Trastorno de personalidad histriónico. Personalidad cuyo trastorno se caracteriza por conductas abiertamente teatrales, dramáticas, seductoras, exceso de emotividad y búsqueda de atención permanentes. Sobresalen pautas de conducta como la excesiva preocupación por su apariencia, el llamar la atención y relacionarse. Epidemiológicamente se postula que la prevalencia de esta afección se encuentra entre el 2% y el 3% de la población general. El psicoanálisis postula la etiología sexual del trastorno ubicando a la represión como el mecanismo defensivo fundamental. Algunos autores piensan que los rasgos histriónicos típicos tales como expresividad emocional, extroversión y dependencia de las recompensas son constitucionales y podrían ser predisponentes esenciales para la aparición de este tipo de trastornos. Los rasgos característicos son los siguientes: seducción y provocación inapropiadas desde el punto de vista sexual (no necesariamente genital). Tienden a ser expresivos, llamativos y dramáticos. Se puede observar con frecuencia hiperexpresividad somática, pero a su vez, la expresión emocional es superficial y cambiante sin motivación aparente. El aspecto exterior provoca impacto en el otro. El lenguaje tiene carencias conceptuales y suele ser impresionista. Son personas egocéntricas y sugestionables con una afectividad lábil y superficial.

Trastorno de personalidad límite. Se caracteriza por inestabilidad en las relaciones interpersonales, en la afectividad y en la autoimagen; impulsividad, arrebatos de ira, o manifestaciones explosivas y falta de control sobre sí mismos. El CIE10 lo denomina trastorno de inestabilidad emocional con dos sub-tipos: el impulsivo y el límite. Epidemiológicamente se lo puede hallar en, aproximadamente, el 2% de la población general. En cuanto a la etiología, se postula la intervención de factores genéticos y neurobiológicos, aunque no se ha establecido la transmisión hereditaria. Los estudios sobre familiares de estos pacientes sugieren que quienes lo padecen, podrían estar predispuestos al control inadecuado de los impulsos y a los trastronos del estado de ánimo. Otros estudios indican una disregulación vinculada con el descenso del umbral de excitabilidad del sistema límbico. Algunos autores citan deficiencias de la actividad serotoninérgica central lo cual estaría relacionado con las manifestaciones impulsivas y hostiles. Desde el punto de vista dinámico, Masterson y Rinsley opinan que hay una relación anormal entre los niños pre-límites y sus padres que aparece durante la sub-fase de reconciliación (18-30 meses), durante la cual los intentos del niño por separarse de su madre y obtener autonomía reciben como respuesta castigos que generan miedo a la separación. Kernberg dice que el niño pre-límite tiene dificultades con el manejo de la agresividad por poseer un temperamento muy agresivo o por la frustración excesiva por parte de los padres. El niño tiende a requerir apoyo externo constante para sentirse aceptado y estable. Gunderson y Singer describen seis rasgos característicos: afectos intensos (hostiles o depresivos), conducta impulsiva (episodios de sobredosis o automutilación), adaptabilidad social superficial, perturbación de la identidad personal, episodios

psicóticos transitorios y relaciones interpersonales que oscilan entre la superficialidad y la intensa dependencia con autodevaluación sistemática, manipulación y demandas irrazonables. El ICD 10 destaca como características del trastorno límite la inestabilidad emocional, la alteración de la imagen de sí mismo, así como de los objetivos y las preferencias (incluyendo las sexuales), relaciones intensas e inestables, tendencia a la autoagresión y a las amenazas suicidas. El estado de ánimo habitual es disfórico. Los afectos dominantes son la depresión, la ira, la soledad y el vacío crónico, agregándose, en determinadas circunstancias, cólera, pánico y desesperación. Casi nunca sienten bienestar o satisfacción, de ahí que uno de los síntomas característicos sea la anhedonia (incapacidad para sentir placer). Los mecanismos de defensa predominantes son de nivel primitivo tales como escisión, identificación proyectiva, negación, omnipotencia, idealización y devaluación.

Trastorno de personalidad múltiple. Este trastorno es raro y no hay acuerdo sobre hasta qué punto es iatrogénico o propio de una cultura específica. El hecho esencial es la existencia aparente de dos o más personalidades distintas en el mismo individuo y el que cada vez se manifiesta sólo una de ellas. Cada personalidad es completa, con sus propios recuerdos, comportamiento y preferencias, que pueden ser muy diferentes a los de la personalidad premórbida única. En la forma común de dos personalidades, una personalidad domina pero nunca una tiene acceso a los recuerdos de la otra y casi siempre cada una ignora la existencia de la otra. Los cambios de una personalidad a la otra en la primera ocasión son súbitos y están estrechamente relacionados con acontecimientos traumáticos. Los cambios siguientes se limitan a menudo a acontecimientos dramáticos o estresantes o se presentan durante las sesiones con un terapeuta que utiliza relajación, hipnosis o abreacción (CIE 10).

Trastorno de personalidad narcisista. La característica fundamental es la grandiosidad en la imaginación o en el comportamiento, acompañada de necesidad de admiración y falta de empatía con los otros. La pauta de conducta que predomina son sus pretensiones y la egolatría. La prevalencia del trastorno en la población general se estima en menos del 1%. No obstante en muchas de las consultas clínicas se halla como patología de base (12% al 16%). La mayoría de las teorías etiológicas provienen de la reconstrucción histórica de los casos clínicos. Las mismas sugieren que el narcisismo deriva de los temores, fracasos, dependencia y otros signos de vulnerabilidad infantil que reciben crítica, desprecio o indiferencia como respuesta. Los rasgos fundamentales son los siguientes: el sentido de autoimportancia, las fantasías de éxito ilimitado (por tal motivo se muestran pretenciosos y jactanciosos). Esperan que se los reconozca como especiales o únicos y se relacionan únicamente con personas a quienes consideran poseedoras de estos atributos. Exigen un trato y una admiración excesiva, desplegando un gran encanto a fin de recibir halagos, tienen imposibilidad de reconocer los deseos, sentimientos y necesidades de los otros. Son fríos emocionalmente y con frecuencia envidiosos. Desprecian a quienes consideran como rivales, son sensibles a las críticas, fracasos y rechazos y presentan comportamientos y actitudes arrogantes y soberbias.

Trastorno de personalidad paranoide. Se distingue por una pauta de conducta caracterizada por desconfianza y suspicacia, el cual hace que se interpreten como maliciosas las intenciones de los demás. Permanecen alertas, vigilantes y pendientes de la conducta de los

demás tratando de detectar algún motivo malintencionado encubierto o encontrando significados autorreferenciales en comentarios triviales, superficiales o sin importancia. Suelen ser rencorosos y pleitistas, defendiendo con firmeza sus opiniones y actitudes. No aceptan su culpa ni su responsabilidad en los errores que cometen, apelando a la proyección sobre los demás. Tratan de evitar situaciones íntimas por sus sentimientos de vulnerabilidad y temor a ser dominados. Epidemiológicamente se registra en el 0.5% al 2.5% de la población general. Una interpretación etiológica dinámica se relaciona con los sentimientos de vulnerabilidad y temor a la exposición que generan una actitud recelosa, vigilante y combativa. Se piensa que ser el receptor de la furia abrumadora e irracional de los padres podría llevar a una identificación con esa conducta y la posterior proyección. El diagnóstico se basa fundamentalmente en la suspicacia y la desconfianza pues estos sujetos sospechan con o sin fundamento que los demás tratan de perjudicarlos o aprovecharse de ellos. Su inseguridad los lleva a dudar de la lealtad y fidelidad primero de extraños, luego de amigos, colegas y familiares íntimos. Sus tendencias agresivas y pleitistas lo llevan con frecuencia a recorrer los pasillos de tribunales.

Trastorno de personalidad pasivo agresivo. Trastorno caracterizado por una conducta de oposición y resistencia pasiva a cumplir las exigencias sociales y laborales, acompañados de malhumor, quejas y sentimientos de mala suerte. La pauta conductual que resalta es el resentimiento y el malhumor. Se estima que la prevalencia es del 1 al 3% de la población general. Desarrollan un particular obstruccionismo pasivo que puede desembocar en explosiones agresivas. Son negativos, hoscos e irritables y funcionan siempre dentro de los límites de lo socialmente aceptable. Son pesimistas y escépticos e internamente desean el fracaso de los emprendimientos de los demás. Son envidiosos y resentidos y suelen culpar a los demás de sus fracasos. En las actividades laborales son ineficientes y tienden a no cumplir en los tiempos adecuados con sus obligaciones. Con frecuencia traban el avance del trabajo, critican y desprecian a las autoridades, se quejan de su mala suerte y recurren frecuentemente a las discusiones y a las actitudes hostiles.

Trastorno de personalidad por dependencia. Este trastorno caracteriza por una conducta extremadamente dependiente, signada por la necesidad y aferramiento del otro, con sumisión y temor excesivo a la soledad y al desamparo. La autopercepción está teñida por incapacidad para desempeñarse solo, es decir incompetencia de ahí que la pauta conductual sobresaliente sea la sumisión. Encuestas comunitarias verificaron la presencia de este trastorno en aproximadamente el 15% de la población general. Es uno de los trastornos de la personalidad más frecuentes. En una relación de 3 a 1 se presenta con más asiduidad en la población femenina. En cuanto a la etiología Gunderson y Phillips mencionan que Abraham propuso que el carácter dependiente surgía de la indulgencia excesiva o escasa que tenía lugar en el estadio oral del desarrollo infantil. Ante una insatisfacción oral permanente, estos sujetos parecerían estar siempre demandando algo a través de los síntomas de dependencia, pudiendo decirse que “se aferran como sanguijuelas”. Otros autores hablan de una sobreprotección constante desde la infancia, combinada con la crítica y/o el castigo ante una conducta independiente. La inhibición de la expresión de los sentimientos y el control acentuado de los mismos son típicos de los núcleos familiares de estos pacientes. Diversos estudios de-

mostraron que ante una infancia con conductas pasivas y dependientes la posibilidad de tener un trastorno dependiente en la adultez es mayor. Clínicamente se observan manifestaciones de marcada dependencia en el nivel de la conducta y la toma de decisiones ya que, pasivamente, esperan que los demás las tomen. Los sentimientos predominantes son la inseguridad y el vivenciarse como ineptos y necesitados de ayuda constante, lo cual los lleva a someterse a la voluntad de los otros aunque esto les resulte perjudicial.

Trastorno de personalidad por evitación. Trastorno caracterizado por una conducta de incomodidad en las situaciones sociales y en las relaciones íntimas, escasa autoestima e hipersensibilidad a la evaluación negativa. Su pauta conductual destacada es la aversión social y el repliegue sobre sí mismo. Se observa una prevalencia del 0.5-1% en la población general. El núcleo del trastorno suele ubicarse en el deseo exagerado de aceptación, intolerancia a las críticas o voluntad de limitarse para mantener el control. Millon dice que los niños rechazados, desvalorizados y censurados podrían desarrollar sentimientos de autodepreciación y alienación social. Dados los sentimientos de temor al ridículo o al compromiso, evitan actividades que conlleven mucho contacto interpersonal. Presentan preocupación excesiva frente al posible rechazo y sentimientos constantes y profundos de tensión emocional. Se creen inferiores o ineptos y son susceptibles a la desaprobación, la humillación y la vergüenza. Son esquivos, tensos y torpes, especialmente en situaciones sociales.

Trastorno de somatización. El rasgo más destacado de este trastorno es la existencia de síntomas somáticos múltiples, recurrentes y, con frecuencia, variables, que por lo general han estado presentes durante varios años antes de que el enfermo haya sido remitido al psiquiatra. La mayoría de los enfermos han seguido un largo y prolongado camino a través de servicios de medicina primaria y especializados en los que se han llevado a cabo múltiples exploraciones con resultados negativos o intervenciones infructuosas. Los síntomas pueden afectar a cualquier parte o sistema corporales, pero los más frecuentes son molestias gastrointestinales (dolor, meteorismo, regurgitación, vómitos, náuseas, etc.) y dérmicas (prurito, quemazón, hormigueo, entumecimiento, comezón, dolorimiento, enrojecimiento, etc.). Las quejas sexuales y menstruales son también frecuentes. En muchas ocasiones están presentes síntomas depresivos o ansiosos, tan importantes que pueden justificar un tratamiento específico. El curso del trastorno es crónico y fluctuante y suele acompañarse de interferencias duraderas de la actividad social, interpersonal y familiar. Se sabe que en algunos países el trastorno es mucho más frecuente en mujeres que en varones, y por lo general comienza al principio de la edad adulta. Como consecuencia de los frecuentes tratamientos medicamentosos, suele presentarse dependencia o abuso de fármacos (habitualmente sedantes y analgésicos). Para un diagnóstico preciso es necesaria la presencia de todos los requisitos siguientes: a) síntomas somáticos múltiples y variables para los que no se ha encontrado una adecuada explicación somática que han persistido al menos durante dos años, b) la negativa persistente a aceptar las explicaciones o garantías reiteradas de médicos diferentes de que no existe una explicación somática para los síntomas y c) cierto grado de deterioro del comportamiento social y familiar, atribuible a la naturaleza de los síntomas y al comportamiento consecuente. Incluye: trastorno psicósomático múltiple, trastorno de quejas múltiples (*CIE 10*).

Trastorno del control de impulsos. Fracaso en resistir el impulso, deseo o tentación de llevar a cabo algún acto que es dañino para el propio individuo o para los demás. Este fracaso va acompañado por una sensación creciente de tensión o activación antes de llevar a cabo el acto. El sujeto experimenta placer, gratificación o liberación en el momento de consumir el acto.

Trastorno del curso del pensamiento. Síntoma de la esquizofrenia relativo a las funciones intelectuales. Se manifiesta por irrelevancia e incoherencia de las producciones verbales del paciente. Va desde el bloqueo simple y una ligera circunstancialidad a la disgregación total de las asociaciones, como en la ensalada de palabras.

Trastorno del curso o formales del pensamiento. Alteraciones cualitativas del curso del pensamiento que incluyen: bloqueo, fusión, circunstancialidad, tangencialidad, disgregación, rigidez y fuga de ideas.

Trastorno del estado de ánimo. Desde un punto de vista clínico, los trastornos del estado de ánimo se refieren fundamentalmente al estado de ánimo depresivo o bien al estado de ánimo que, como en la depresión bipolar, alterna entre la euforia (manía) y la depresión en forma cíclica. Sentirse triste o deprimido no es, sin embargo, un síntoma suficiente para diagnosticar una depresión. Esta distinción es importante, pues la depresión entendida como “síntoma”, es decir, sentirse triste, está presente en la mayor parte de los cuadros psicopatológicos, como la esquizofrenia o las obsesiones, así como en algunas enfermedades médicas, sin que por ello constituya un “síndrome” depresivo, es decir, un conjunto covariante de síntomas relacionados tales como tristeza, insomnio, pérdida de peso, etc. Por lo tanto, para identificar un trastorno del estado de ánimo se requiere evaluar varios aspectos, es decir un síndrome, y además diferenciarlo de un trastorno normal, como puede ser una depresión consecutiva a un duelo. El cuadro que presenta una persona depresiva puede ser muy variado en cuanto a sus síntomas y a su evolución temporal. Algunas veces se da por episodios y otras la depresión es continua. La depresión presenta manifestaciones anímicas (cambian el estado de ánimo), motivacionales y conductuales (tienden a la inacción), cognitivas (disminuyen la memoria, la atención y la concentración), físicas (cansancio, insomnio, etc.) e interpersonales (tienden a aislarse). Las depresiones pueden ser reactivas, cuando están desencadenadas por un acontecimiento externo precipitante, llamadas también depresiones psicosociales, y endógenas, que algunos adjudican a un factor psicógeno. La depresión puede ser bipolar si alterna con euforia, o unipolar si hay solamente depresión. También puede ser primaria o secundaria, según que esté o no asociada a otra enfermedad de la cual depende. También se distingue una depresión mayor y una menor. La primera se caracteriza por un episodio depresivo mayor, en el cual nunca ha habido un episodio maníaco (euforia) o hipomaniaco (menos eufórico), y que no es un trastorno esquizofrénico o psicótico de otro tipo. La depresión menor tiene una duración semejante al episodio depresivo mayor, pero con una menor presencia de síntomas. Debe distinguirse el episodio del trastorno. El episodio permite ubicar al paciente depresivo en algún trastorno. La distimia es otra categoría, caracterizada porque es un estado de ánimo depresivo de larga duración (al menos dos años continuados) acompañado de otros síntomas propios del episodio depresivo mayor. Otra variedad es el trastorno bipolar, que se caracteriza porque existe o ha

existido alguna vez un episodio maníaco o hipomaníaco. Este padecimiento suele interferir mucho en el trabajo y las relaciones familiares del paciente, y el riesgo de suicidio, en la fase depresiva, es alto.

Trastorno delirante. Se define al delirio como un error de causa patológica que no procede de una insuficiencia casual de la lógica (Bleuler) y que tiene dos acepciones:

- a) delirio en el sentido de la palabra alemana “wahn”, o de la inglesa “delusion”, que deriva del latín “deludere” que significa burlarse de..., engañar, mofarse; el verbo “to delude” significa conducir a error, engañar a la mente o al juicio (Vidal), imponer en el sentido de hacer pasar como bueno algo sin valor. Delusion, significa entonces error, ilusión y engaño,
- b) delirio en el sentido de delirium o experiencia delirante accidental, al decir de H. Ey, que implica trastorno de la conciencia.

Los delirios se relacionan, más que con el error normal, con las convicciones irracionales individuales (ser perseguido, desempeñar una misión extraordinaria en la vida), o bien con las creencias grupales (superstición, superioridad de un grupo, etc.).

Antoine Porot, manifiesta que siempre que se produzcan percepciones erróneas o juicios desviados, el psiquismo tenderá a sostener ideas falsas. Dichas ideas se convertirán en delirantes cuando se hallen en oposición con la realidad y choquen con la evidencia. Una idea delirante que se mantiene y continúa constituye el delirio.

Etimológicamente la palabra delirio proviene del latín “delirare”, derivado de lira, surco, significando apartarse del surco normal del pensamiento.

El delirio, en la acepción “delusion”, implica más que el trastorno ideativo. Incluye una perturbación profunda del psiquismo (alucinaciones, intuiciones, ilusiones, fenómenos afectivos) que compromete al ser en su relación con el mundo. Se lo define como una alteración morbosa de la personalidad que implica pérdida del juicio de realidad, hecho por el cual una idea errónea o imaginaria es tomada como cierta, se la sostiene con vigor, se la despliega e incluso se transforma en el centro de la vida del delirante.

Otra definición conceptualiza al delirio como una alteración del contenido del pensamiento en relación con un juicio desviado a partir del cual se teje una trama más o menos compleja, verosímil o inverosímil pero siempre patológica. Esta trama es sostenida con “certeza incomparable” (Jaspers), manteniéndose irreductible e impermeable a cualquier influencia. El delirante siempre es el centro de esta trama, en un mundo “ptolomeico”, centrífugo o centrípeto. En este sentido, otra forma de definir al delirio es como “vivencia anómala autorreferencial”.

Ante la presencia de un cuadro delirante es conveniente tener presente los siguientes ítems para su ubicación semiológica:

Por su evolución:

- a) Agudos: de aparición súbita y duración limitada (en general no más de dos meses), generalmente polimorfo en sus temas y manifestaciones. El clásico delirio agudo se presenta en la bouffée delirante (escuela francesa) o reacción paranoide (escuela anglosajona).

De acuerdo con Schneider, se pueden dividir en orgánicos y exógenos. Los exógenos caracterizados por trastornos de la conciencia de distinto nivel, evidencian delirio a mecanis-

mo onírico, con gran componente alucinatorio, especialmente visual, excitación motora y conmoción afectiva. Los temas son múltiples, predominando los místicos, terroríficos y ocupacionales. Suelen presentar amnesia posterior o bien residuos postoníricos. En la etiología de estos delirios intervienen factores tóxicos e infecciosos, vasculares o bien traumas psíquicos.

En los delirios orgánicos la característica básica es el síndrome psicoorgánico sumado al trastorno de conciencia y las alucinaciones; se observan trastornos mnésicos, confabulaciones y debilitamiento global de la personalidad. Estos se encuentran en demencias, traumatismos, tumores y epilepsia.

- b) Crónicos: las ideas delirantes permanecen activas durante tiempos prolongados o bien, persisten sin grandes modificaciones durante toda la vida del sujeto. Son ejemplos de esto la paranoia, las parafrenias y las esquizofrenias.

Por su origen

- a) Primitivos o esenciales: no derivados de otra afección, ni de alteraciones sensorio-perceptivas, ni del estado de ánimo. Un ejemplo típico es el delirio de la esquizofrenia.
- b) Secundarios o sintomáticos: aparecen secundariamente a una afección somática o psíquica. Por ejemplo, los delirios secundarios a tóxicos, tumores, infecciones, o bien a afecciones psíquicas tales como la manía o la melancolía (primarias del humor).

Por su estructura

- a) Sistematizados: la trama tiene un núcleo central a partir de la cual se despliega la temática que es coherente y unitaria. Son delirios claros, ordenados, generalmente verosímiles, por ejemplo la paranoia. El delirio se mantiene idéntico con el transcurso del tiempo y no produce deterioro de la personalidad. Salvo en lo que atañe a la temática delirante propiamente dicha, se tiende a aceptar que no hay compromiso de los aspectos personales y sociolaborales.
- b) No sistematizados: carecen de una temática central. Los núcleos son múltiples y articulados o no entre sí y en general inverosímiles. Son variables en el tiempo. Pueden ser rectificados transitoriamente y conllevan deterioro de la personalidad.

Por sus mecanismos

- a) Interpretativo: el mecanismo principal es una interpretación singular de hechos reales. En función de ella, se produce el despliegue delirante tal como ocurre en la paranoia que carece de alteraciones sensorio-perceptivas y otros mecanismos.
- b) Imaginativo: el principal material del delirio es una imaginación exaltada que, a favor de un juicio desviado, traslada a la realidad un desborde imaginario.
- c) Intuitivo: este mecanismo, en general, no se presenta solo, pudiéndose hallar tanto en delirios agudos como crónicos. Implica la revelación de una verdad súbita, intuitiva.
- d) Ilusorio: las ilusiones también pueden formar parte, como las alucinaciones, del mecanismo de producción del delirio.
- e) Onírico: es el mecanismo típico de las psicosis agudas que tienen compromiso de la conciencia. Se produce un despliegue alucinatorio de carácter vívido y caleidoscópico. El prototipo es el "delirium tremens".
- f) Sugestivo: en este mecanismo, el despliegue delirante puede producirse a través de una su-

gerencia del examinador y se encuentra generalmente combinado con otros mecanismos propios de los estados de debilitamiento intelectual.

- g) Alucinatorio: este mecanismo domina especialmente en los cuadros agudos, también se presenta en delirios crónicos como la esquizofrenia y la parafrenia, no resultando fundamental, para el desarrollo del delirio, en estas últimas y en las cuales predominan las formas auditivas.

Por el contenido

- a) De tono placentero: que incluye ideas místicas, eróticas y megalómanas.
- b) De tono displacentero: con ideas de perjuicio, culpa persecución e hipocondríacas.

Por su grado de verosimilitud

- a) Verosímiles: son delirios coherentes, creíbles, generalmente sistematizados que tienden a provocar adhesión en quien los escucha. Son característicos de la paranoia.
- b) Inverosímiles: son típicos de las psicosis delirantes no sistematizadas, agudas o crónicas. No son creíbles, tienen carácter fantástico o absurdo.

Por el deterioro de la personalidad que producen

- a) Escaso deterioro: en la paranoia, en determinado momento de su evolución y dado el compromiso de la personalidad en la temática delirante, se produce un deterioro en el nivel personal y social.
- b) Gran deterioro: como ocurre en las parafrenias.
- c) Desintegración de la personalidad: tal como se da en las esquizofrenias en las cuales podemos evidenciar también, lesiones cerebrales.

De acuerdo con Jaspers, los delirios pueden clasificarse en procesales y no procesales y estos últimos, a su vez, en desarrollo delirante y reacción delirante. Al decir de Alonso Fernández, la distinción entre proceso y desarrollo debe tenerse siempre presente en la práctica. Para este autor la mencionada distinción es una de las cuestiones teóricas más importantes de la psicopatología y de la psiquiatría ya que permite orientarnos dentro del orden etiopatogénico, fenomenológico, evolutivo y terapéutico. El proceso puede ser tanto orgánico como psíquico y consiste en algo primario, que irrumpe, produciendo una ruptura (Jaspers) en la continuidad histórico significativa de la persona. Es incomprensible genéticamente y lleva al deterioro de la personalidad. Ejemplos típicos de psicosis procesal son la esquizofrenia y también incluye las parafrenias.

Los delirios afectivos, por otro lado, son secundarios a las alteraciones del estado de ánimo. Su duración se limita a la del trastorno afectivo de base. Aparecen en la manía y la melancolía.

El desarrollo anómalo requiere condiciones previas para que se produzca: una personalidad predispuesta, en general con características paranoides (orgullo, desconfianza, psicorrigidez, falta de autocrítica, egocentrismo, sobrevaloración) y circunstancias propicias, de alta carga afectiva, que ofician como desencadenantes. El desarrollo es comprensible y no provoca deterioro de la personalidad. El ejemplo típico es la paranoia. Por último, la reacción también requiere de una personalidad predisponente y de una circunstancia desencadenante, pero se trata de un fenómeno limitado temporalmente. La llamada reacción paranoide es un delirio agudo, a mecanismo predominantemente interpretativo y más o

menos verosímil.

La personalidad en el desarrollo, cambia de rumbo, a diferencia de lo que ocurre en la reacción, en la cual solamente responde de forma delirante a una situación dada.

De acuerdo con Kherer, conviene diferenciar de las reacciones, las llamadas psicosis de situación que son más duraderas dado que la situación persiste y se producen o bien por influencia del medio o bien por aislamiento del mismo. En el primer caso (por influencia del medio), el ejemplo es la “folié a deux”, que puede ser de tres tipos: inducida, comunicada o simultánea. En el segundo caso, el ejemplo son las psicosis carcelarias, las de los refugiados de guerra, de los ciegos y sordos y las psicosis transculturales.

Trastorno delirante crónico. H. Ey los clasifica de acuerdo a la estructura del delirio, a los contenidos y al grado de deterioro.

A- Sin evolución deficitaria

1- Psicosis delirantes sistematizadas (Paranoia). Incluye:

a) Delirios pasionales: Etimológicamente, pasión, deriva del latín “pasio”: esclavo.

1- Erotomanía: descrita por Clérambault como “la ilusión delirante de ser amado”, que evoluciona en tres fases, la primera de las cuales es la de esperanza (un sujeto cree ser amado por alguien que habitualmente ocupa una categoría superior en el orden social o intelectual, aunque no sea correspondido); la segunda fase es la de decepción y despecho (el sujeto no recibe del otro la actitud deseada aunque continúa creyendo que es amado; esto le genera decepción). La tercera fase es la de rencor con posibilidades de actuación a través de amenazas, chantajes y conductas agresivas.

2- Delirio celotípico: se caracteriza por ideas delirantes de celos. Comienza con sospechas y culmina con la certeza del engaño. Este delirio se alimenta con pequeñas señales, actitudes y gestos que son interpretados en función del núcleo delirante. Su desarrollo es, al decir de H. Ey “en cuña”; está dado de antemano, incrustado como un bloque en la realidad. Puede dar lugar, como cualquier delirio pasional a actuaciones agresivas o violentas (la pasión termina cuando se mata al objeto).

3- Delirios de reivindicación: son de dos tipos: altruistas y egoístas. Dentro de los primeros se encuentran los idealistas y reformadores sociales, los inventores, los profetas, entre otros. Los egoístas incluyen a los querellantes en general, que organizan su vida en torno a un daño que creen haber recibido en su honor, su vida o su salud (hipocondría); también incluye determinados delirios de filiación.

b) Delirio sensitivo de relación de Kretschmer: los pacientes suelen tener una personalidad predispuesta, paranoide sensitiva: hipersensibilidad a las críticas, escrupulosidad, timidez, hiperemotividad y tendencia a culparse. Las reacciones son más de tipo depresivo que agresivo.

Sobre tal personalidad, que en general, tiene una historia de fracasos y frustraciones acumulativas, un suceso con carga afectiva (humillación, discusión) desencadena el delirio, el cual se nutre de interpretaciones que tienen como tema central el ser ob-

jeto del desprecio o la humillación de los demás. Se desarrolla en forma concéntrica y puede constituir solo una reacción o transformarse en un desarrollo.

- c) Delirios de interpretación de Serieux y Capgras: es la llamada “locura razonante” en el sentido del mecanismo predominante, la interpretación del todo: lo externo y lo interno. Lo externo se refiere a lo proveniente de los sentidos, a veces las interpretaciones son comprensibles y en otras, muy personales. Lo interno se refiere a las sensaciones corporales y fenómenos psíquicos (ideas, sueños imágenes). Los temas son diversos, persecución, megalomanía, filiación. Se desarrollan, según Clerembault, no en sector sino en red (mosaico de ideas delirantes). Puede evolucionar en forma sistematizada o bien favorecer la impenetrabilidad y la disgragación.

En la mayoría de los casos su puede observar una cristalización del delirio.

2- Psicosis alucinatorias crónicas

Se caracterizan por alucinaciones múltiples, síndrome de influencia y el triple automatismo mental (ideoverbal, sensorial y motor) Clérambault.

- Automatismo ideoverbal: manifestado clínicamente por alucinaciones intrapsíquicas, manifestando: anticipación y comentario de actos y pensamientos, eco y lectura del pensamiento, robo del pensamiento, juegos verbales, psitismo e ideación impuesta o telepatía.
- Automatismo sensorial: caracterizado por alucinaciones gustativas, olfativas, visuales y cenestésicas.
- Automatismo psicomotor: manifestado por alucinaciones o ilusiones cinestésicas a nivel de la articulación verbal o de diversos músculos y articulaciones.

Tienen una evolución hacia la disgregación de la personalidad en algunos casos, pero según los autores franceses, conservan la lucidez, el contacto con el mundo real y las capacidades cognitivas.

3- Las parafrenias o psicosis fantásticas de H. Ey

Son trastornos delirantes, procesales que se inician alrededor de los 30 años. Se trata de delirios no sistematizados o polimorfos, con relativa conservación de la personalidad. Una característica clave es la llamada “bipolaridad”: capacidad de estos pacientes de manejarse a la vez en el mundo real y en el delirante.

Kraepelin reconoce 4 formas clínicas:

- Sistemática: comienza con un delirio de persecución progresivo, al que luego se agregan contenidos megalómanos. Los fenómenos alucinatorios más frecuentes son los auditivos. Suele presentar, también, alucinaciones cenestésicas.
- Expansiva: no tienen pseudoalucinaciones. Se caracteriza por el ánimo exaltado, las alucinaciones visuales y cenestésicas y los contenidos delirantes megalómanos, eróticos o místicos.
- Confabulatoria: no tiene alucinaciones ni pseudoalucinaciones. Se caracteriza por las paramnesias.
- Fantástica: es la más polimorfa y de peor evolución. Presentan delirio de influencia y megalómano, con alucinaciones auditivas y cenestésicas.

B- Con evolución deficitaria

El delirio paranoide de la esquizofrenia:

El DSM IV, los clasifica dentro del apartado: Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, como: Trastorno delirante, Trastorno psicótico breve, Trastorno psicótico compartido, Trastorno psicótico debido a enfermedad médica, Trastorno psicótico inducido por sustancias y Trastorno psicótico no especificado.

La CIE 10, por su parte, en el apartado: Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes, menciona: Trastorno de ideas delirantes persistentes, Trastornos psicóticos agudos y transitorios, Trastorno de ideas delirantes inducidas y Otros trastornos psicóticos no orgánicos.

Trastorno dual. Nombre que recibe la coexistencia de patología psíquica y de algún tipo de dependencia de sustancia psicoactiva.

Trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo. Se trata de un trastorno en el cual los síntomas esquizofrénicos y depresivos son destacados en el mismo episodio de enfermedad. La depresión del humor suele acompañarse de varios síntomas depresivos característicos o de trastornos del comportamiento tales como inhibición psicomotriz, insomnio, pérdida de vitalidad, de apetito o de peso, reducción en los intereses habituales, dificultades de concentración, sentimientos de culpa, de desesperanza e ideas de suicidio. Al mismo tiempo o dentro del mismo episodio están presentes otros síntomas típicamente esquizofrénicos. El enfermo puede insistir, por ejemplo, en que sus pensamientos están siendo difundidos o interceptados, o en que fuerzas extrañas están tratando de controlarlo. Puede estar convencido de estar siendo espiado o de ser víctima de un complot que no se justifica por su comportamiento, o de oír voces que no son únicamente despectivas o condenatorias sino que hablan de matarlo o comentan entre ellas su comportamiento. Los trastornos esquizoafectivos de tipo depresivo suelen ser habitualmente menos floridos y alarmantes que los episodios esquizoafectivos de tipo maníaco, pero tienden a durar más y el pronóstico es menos favorable. Aunque la mayoría de los enfermos se recuperan completamente, algunos desarrollan con el tiempo un deterioro esquizofrénico. Debe existir humor depresivo marcado, acompañado por lo menos por dos síntomas depresivos característicos o de trastornos del comportamiento enumerados en el episodio depresivo. Además, deben hallarse dentro del mismo episodio, por lo menos uno y preferiblemente dos síntomas típicamente esquizofrénicos. Esta categoría debería usarse tanto para un único episodio esquizofrénico de tipo depresivo como para un trastorno recurrente en el cual la mayoría de episodios son esquizoafectivos de tipo depresivo. Incluye: psicosis esquizofreniforme de tipo depresivo, psicosis esquizoafectiva de tipo depresivo (*CIE 10*).

Trastorno esquizoafectivo de tipo maníaco. Se trata de un trastorno en el cual los síntomas esquizofrénicos y los maníacos son destacados en el mismo episodio de enfermedad. La alteración del humor es generalmente en forma de euforia acompañada de aumento de la estimación de sí mismo e ideas de grandeza, pero a veces son más evidentes la excitación o irritabilidad, acompañadas de un comportamiento agresivo y de ideas de persecución. En ambos casos existe un aumento de la vitalidad, hiperactividad, dificultades de concentración y una pérdida de la inhibición social normal. Pueden estar presentes ideas delirantes de referencia, de grandeza o de persecución, pero se requieren otros síntomas más típicamente

esquizofrénicos para establecer el diagnóstico. El enfermo puede insistir, por ejemplo, en que sus pensamientos están siendo difundidos o interceptados, o que fuerzas extrañas están tratando de controlarlos, o puede referir oír voces de varias clases o expresar ideas delirantes extrañas que no son sólo de grandeza o de persecución. Se requiere a menudo un interrogatorio minucioso para establecer que el enfermo está realmente experimentando estos fenómenos mórbidos y no sólo bromeando o hablando de forma metafórica. Los trastornos esquizoafectivos de tipo maniaco son con frecuencia psicosis floridas con un comienzo agudo, pero la recuperación completa suele tener lugar en pocas semanas, a pesar de que el comportamiento esté alterado de un modo llamativo. Debe existir una exaltación marcada del humor, o una exaltación menos evidente del humor acompañada de una irritabilidad o excitación. Deben hallarse claramente presentes dentro del mismo episodio, por lo menos uno y preferiblemente dos síntomas característicos de la esquizofrenia. Esta categoría debería usarse tanto para un solo episodio esquizoafectivo de tipo maniaco como para un trastorno recurrente en el cual la mayoría de episodios fueran esquizoafectivos de tipo maniaco. Incluye: psicosis esquizofreniforme de tipo maniaco, psicosis esquizoafectiva de tipo maniaco (*CIE 10*).

Trastorno fóbico. Es una clase de trastorno mental caracterizado por temores irracionales, que el propio sujeto reconoce como exagerados e infundados.

Trastorno fonológico. Es la incapacidad para utilizar los sonidos del habla esperables evolutivamente y propios de la edad e idioma del sujeto (por ejemplo: sustitución de sonidos u omisión de consonantes finales).

Trastorno hipocondríaco. La característica esencial de este trastorno es la preocupación persistente de la posibilidad de tener una o más enfermedades somáticas graves progresivas, puesta de manifiesto por la presencia de quejas somáticas persistentes o por preocupaciones persistentes sobre el aspecto físico. Con frecuencia el enfermo valora sensaciones y fenómenos normales o frecuentes como excepcionales y molestos, centrandó su atención, casi siempre sólo sobre uno o dos órganos o sistemas del cuerpo. El enfermo puede referirse por su nombre al trastorno somático o a la deformidad, pero aun cuando sea así, el grado de convicción sobre su presencia y el énfasis que se pone sobre un trastorno u otro suele variar de una consulta a otra. Por lo general, el enfermo puede tener en cuenta la posibilidad de que puedan existir otros trastornos somáticos adicionales además de aquél que él mismo destaca. Suelen estar presentes ansiedad y depresión intensas, lo que puede justificar diagnósticos adicionales. Estos trastornos rara vez comienzan después de los 50 años de edad y tanto el curso de los síntomas como el de la incapacidad consecuente son por lo general crónicos aunque con oscilaciones en su intensidad. No deben estar presentes ideas delirantes persistentes sobre la función o la forma del cuerpo. Deben clasificarse aquí los miedos a la aparición de una o más enfermedades (nosofobia). Este síndrome se presenta tanto en varones como en mujeres y no se acompaña de características familiares especiales (en contraste con el trastorno de somatización). Muchos enfermos, en especial los que padecen las variedades más leves de la enfermedad, permanecen en el ámbito de la asistencia primaria o son atendidos por especialistas no psiquiatras. Frecuentemente se toma a mal el ser referido al psiquiatra, a menos que se lleve a cabo al

comienzo del trastorno y con una colaboración cuidadosa entre el médico y el psiquiatra. El grado de incapacidad que deriva del trastorno es variable, y así mientras que unos enfermos dominan o manipulan a su familia y a su entorno social a través de sus síntomas, una minoría mantiene un comportamiento social virtualmente normal. Para poder hacer un diagnóstico preciso, es necesario la presencia de: a) creencia persistente de la presencia de al menos una enfermedad somática grave, que subyacen al síntoma o síntomas presentes, aun cuando exploraciones y exámenes repetidos no hayan conseguido encontrar una explicación somática adecuada para los mismos o una preocupación persistente sobre una deformidad supuesta y, b) negativa insistente a aceptar las explicaciones y las garantías reiteradas de diferentes médicos de que tras los síntomas no se esconde ninguna enfermedad somática. Incluye: hipocondría, neurosis hipocondríaca, nosofobia, dismorfofobia (no delirante) trastorno corporal dismórfico (*CIE 10*).

Trastorno mental. Estado patológico que se caracteriza por confusión de ideas, perturbación emocional y conducta inadaptada. Puede tener origen orgánico o funcional.

Trastorno mental orgánico. Es aquel en el cual un estado patológico del cuerpo, en particular el cerebro y el sistema nervioso, genera una conducta inadaptada.

Trastorno mixto ansioso-depresivo. Esta categoría debe usarse cuando están presentes síntomas de ansiedad y de depresión, pero ninguno de ellos predomina claramente ni tiene la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico por separado. Una ansiedad grave, acompañada de depresión de intensidad más leve hace que deba utilizarse cualquiera de las categorías de trastorno de ansiedad o de ansiedad fóbica. Cuando ambas series de síntomas, depresivos y ansiosos estén presentes y sean tan graves como para justificar un diagnóstico individual deben recogerse ambos trastornos y no debería usarse esta categoría. Si por razones prácticas de codificación sólo puede hacerse un diagnóstico, debe darse prioridad al de depresión. Algunos síntomas vegetativos (temblor, palpitaciones, sequedad de boca, molestias epigástricas, etc.) deben estar presentes aunque sólo sea de un modo intermitente. No debe utilizarse esta categoría si sólo aparecen preocupaciones respecto a estos síntomas vegetativos. Si se presentan síntomas que satisfacen las pautas de este trastorno estrechamente relacionados con cambios biográficos significativos o acontecimientos vitales estresantes, debe utilizarse la categoría trastornos de adaptación. Este tipo de enfermos con una mezcla de síntomas comparativamente leves se ve con frecuencia en atención primaria y su prevalencia es aún mayor en la población general, pero la mayoría de los afectados rara vez demandan cuidados médicos o psiquiátricos. Incluye: depresión ansiosa (leve o no persistente) (*CIE 10*).

Trastorno orgánico de la personalidad. Este trastorno se caracteriza por una alteración significativa de las formas habituales del comportamiento premórbidos. Estas alteraciones afectan siempre en profundidad a la expresión de las emociones, de las necesidades y de los impulsos. Los procesos cognoscitivos pueden estar afectados exclusivamente en el área de la planificación de la propia actividad y en la previsión de probables consecuencias sociales y personales, como en el llamado síndrome del lóbulo frontal. No obstante se sabe que este síndrome se presenta no sólo en las lesiones del lóbulo frontal, sino también en lesiones de otras áreas circunscritas del cerebro. Un diagnóstico definitivo se basa, además

de en los claros antecedentes u otra evidencia de enfermedad, lesión o disfunción cerebral, en la presencia de dos o más de los siguientes rasgos: a) capacidad persistentemente reducida para mantener una actividad orientada a un fin, concretamente las que requieran períodos largos de tiempo o gratificaciones mediatas; b) alteraciones emocionales, caracterizados por labilidad emocional, simpatía superficial e injustificada (euforia, expresiones inadecuadas de júbilo) y cambios rápidos hacia la irritabilidad o hacia manifestaciones súbitas de ira y agresividad. En algunos casos el rasgo predominante puede ser la apatía; c) expresión de necesidades y de impulsos que tienden a presentarse sin tomar en consideración sus consecuencias o molestias sociales (el enfermo puede llevar a cabo actos antisociales tales como robos, comportamientos sexuales inadecuados, comer vorazmente o no mostrar preocupación por su higiene y aseo personales); d) trastornos cognoscitivos, en forma de suspicacia o ideas paranoides o una preocupación excesiva por un tema único, por lo general abstracto (por ejemplo, la religión, el “bien y el mal”), o por ambas a la vez; e) marcada alteración en el ritmo y flujo del lenguaje, con rasgos tales como circunstancialidad, “sobre-inclusividad”, pegajosidad e hipergrafía; y f) alteración del comportamiento sexual (disminución de la sexualidad o cambio del objeto de preferencia sexual). Incluye: síndrome del lóbulo frontal, trastorno de personalidad de la epilepsia límbica, síndrome postlobotomía, personalidad orgánica pseudopsicopática, personalidad orgánica pseudo-retrasada, estado postleucotomía (*CIE 10*).

Trastorno por ansiedad de separación. Se define el trastorno por ansiedad de separación en el DSM-IV como la aparición de una ansiedad excesiva o inadecuada al nivel de desarrollo, ante la separación del hogar o de aquellas personas a las que el niño está más vinculado. Puede presentarse clínicamente como absentismo escolar, miedos o angustia ante la separación, síntomas físicos como cefalea o abdominalgia si anticipa que aquella va a suceder, y pesadillas en torno a estos temas. Debe aparecer antes de los 18 años y durar al menos 4 semanas. En el DSM-IV queda como el único de los trastornos de ansiedad propio de la infancia y la adolescencia. No obstante, cierto grado de ansiedad de separación es un fenómeno universal y esperable como parte del desarrollo de un niño normal. A los 6-7 meses de edad, el niño puede mostrar temor a separarse de la madre, sobre todo en ambientes extraños. La ansiedad normal de separación tiene un pico de mayor intensidad hacia los 18 meses de edad, pero no es excepcional que se prolongue hasta la pre-escolaridad. El niño de 3 años ya tiene capacidad cognitiva para percatarse de que la separación es temporal y es capaz de mantener una imagen interna de la madre durante su ausencia. Por ello, la ansiedad de separación decrece entre los 3 y 5 años.

Trastorno psicofisiológico. Trastorno psíquico caracterizado por síntomas físicos de origen psíquico. Afecta habitualmente a un único sistema orgánico innervado por el sistema nervioso autónomo. Las modificaciones fisiológicas y orgánicas son consecuencia de un trastorno emocional prolongado. Denominados anteriormente trastornos psicósomáticos.

Trastorno psicomotor. Trastorno que se caracteriza por la alteración de la respuesta motora adecuada en la interacción del individuo con experiencias afectivas o cognitivas. Los trastornos psicomotores más relevantes son: la agitación motora, el estupor, los temblores, las

convulsiones, los tics, los espasmos, la catatonía, las estereotipias, los manierismos, las discinesias y las apraxias.

Trastorno sexual. Comportamientos de carácter sexual o aspectos de la actividad sexual que conllevan una experiencia subjetiva de malestar o que producen malestar a otra persona. Conviene distinguir entre trastorno sexual, disfunción sexual y trastorno de la identidad sexual (o de la identidad de género). En este último caso, se trata de una disociación entre el sexo anatómico y la propia identidad sexual.

Trastorno somatoforme. Los trastornos somatoformes se definen como un grupo de trastornos mentales caracterizados por la aparición de síntomas físicos que no se explican mediante una condición médica general y que, sin embargo, se encuentran relacionados con factores psicológicos (por ejemplo, acontecimientos traumáticos). El DSM-IV incluye dentro de estos trastornos el trastorno por somatización, el trastorno somatoforme indiferenciado, el trastorno de conversión, el trastorno de dolor, la hipocondría y el trastorno corporal dismórfico.

Trastornos comiciales. Crisis centroencefálica, gran mal y pequeño mal, y crisis focales jacksonianas y epilepsia psicomotora.

Trastornos de adaptación. Se trata de estados de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales que por lo general interfieren con la actividad social y que aparecen en el período de adaptación a un cambio biográfico significativo o a un acontecimiento vital estresante. El agente estresante puede afectar la integridad de la trama social de la persona (experiencias de duelo, de separación) o el sistema más amplio de los soportes y valores sociales (emigración, condición de refugiado). El agente estresante puede afectar sólo al individuo o también al grupo al que pertenece o a la comunidad. El riesgo de aparición y la forma de expresión de las manifestaciones de los trastornos de adaptación están determinados de un modo importante, más que en el caso de otros trastornos, por una predisposición o vulnerabilidad individual. Sin embargo, hay que aceptar que el trastorno no se habría presentado en ausencia del agente estresante. Las manifestaciones clínicas del trastorno de adaptación son muy variadas e incluyen: humor depresivo, ansiedad, preocupación (o una mezcla de todas ellas); sentimiento de incapacidad para afrontar los problemas, de planificar el futuro o de poder continuar en la situación presente y un cierto grado de deterioro del cómo se lleva a cabo la rutina diaria. El enfermo puede estar predispuesto a manifestaciones dramáticas o explosiones de violencia, las que por otra parte son raras. Sin embargo, trastornos disociales (por ejemplo un comportamiento agresivo o antisocial) pueden ser una característica sobreañadida, en particular en adolescentes. Ninguno de los síntomas es por sí solo de suficiente gravedad o importancia como para justificar un diagnóstico más específico. En los niños, los fenómenos regresivos tales como volver a tener enuresis nocturna, utilizar un lenguaje infantil o chuparse el pulgar suelen formar parte del cortejo sintomático. El cuadro suele comenzar en el mes posterior a la presentación del cambio biográfico o del acontecimiento estresante y la duración de los síntomas rara vez excede los seis meses, excepto para la reacción depresiva prolongada. Si la duración de los síntomas persiste pasado este período de tiempo, el diagnóstico debería modificarse de acuerdo con el cuadro clínico presente. El diagnós-

tico depende de la evaluación cuidadosa de las relaciones entre: a) la forma, el contenido y la gravedad de los síntomas; b) los antecedentes y la personalidad; y c) el acontecimiento estresante, la situación o la crisis biográfica. La presencia de este último factor debe ser clara y debe ser evidente o al menos existir la presunción de que el trastorno no habría aparecido sin la presencia de ellos. Si el agente estresante es relativamente poco importante o si no puede ser demostrada una relación temporal (menos de tres meses), el trastorno debe ser clasificado en otra parte, de acuerdo con sus manifestaciones clínicas. Incluye: “shock cultural”, reacciones de duelo, hospitalismo en niños (*CIE 10*).

Trastornos de ansiedad fóbica. En este grupo de trastornos la ansiedad se pone en marcha exclusiva o predominantemente en ciertas situaciones bien definidas o frente a objetos (externos al enfermo) que no son en sí mismos generalmente peligrosos. En consecuencia, éstos se evitan de un modo específico o son afrontados con temor. La ansiedad fóbica no se diferencia ni vivencial, ni comportamental, ni fisiológicamente de otros tipos de ansiedad y su gravedad puede variar desde una ligera intranquilidad hasta el terror pánico. La preocupación del enfermo puede centrarse en síntomas aislados tales como palpitaciones o sensación de desvanecimiento y a menudo se acompaña de miedos secundarios a morir, a perder el control o a volverse loco. La ansiedad no se alivia por saber que otras personas no consideran dicha situación como peligrosa o amenazante. Por lo general, el imaginar la situación fóbica desencadena una ansiedad anticipatoria. Al adoptar el criterio de que el objeto y la situación fóbicos son externos al enfermo, muchos de los temores referidos a la presencia de enfermedades (nosofobia) o a estar desfigurado (dismorfofobia) se clasifican en el epígrafe trastorno hipocondríaco. Sin embargo, si el temor a enfermar es consecuencia de un miedo dominante y repetido al posible contagio de una infección o a una contaminación, o es simplemente el miedo a intervenciones (inyecciones, intervenciones quirúrgicas, etc.) o a lugares de asistencia (consulta del dentista, hospitales, etc.) médicas, debe escogerse una de las categorías, por lo general, fobia específica. La ansiedad fóbica y la depresión coexisten a menudo. La ansiedad fóbica suele empeorar durante un episodio depresivo intercurrente; algunos episodios depresivos se acompañan de una ansiedad fóbica transitoria y estados de ánimo depresivos acompañan a menudo algunas fobias, en especial a la agorafobia. La necesidad de dos diagnósticos, ansiedad fóbica y episodio depresivo, o sólo uno, depende del hecho de que un trastorno haya comenzado claramente antes que el otro o de que predomine sin lugar a dudas sobre el otro en el momento del diagnóstico. Si antes de hacer su aparición los síntomas fóbicos se satisfacían ya las pautas diagnósticas de trastorno depresivo, debe hacerse este último diagnóstico. La mayor parte de los trastornos fóbicos son más frecuentes en las mujeres que en los varones. En esta clasificación, las crisis de pánico que tienen lugar en una situación fóbica consolidada son consideradas como una expresión de la gravedad de la fobia y, por lo tanto, tienen esta preferencia diagnóstica. Las crisis de pánico propiamente dichas deben ser consideradas sólo en ausencia de las fobias (*CIE 10*).

Trastornos de trance y de posesión. Son trastornos en los que hay una pérdida temporal del sentido de la identidad personal y de la plena conciencia del entorno. En algunos casos el enfermo actúa como poseído por otra persona, espíritu, deidad o “fuerza”. La

atención y la conciencia del entorno pueden limitarse a sólo uno o dos aspectos inmediatos y a menudo se presenta un pequeño pero reiterado conjunto de movimientos, posturas y manifestaciones expresivas. Se incluyen aquí sólo aquellos estados de trance que son involuntarios o no deseados, que interfieren en la actividad cotidiana porque tienen lugar al margen (o son una prolongación) de ceremonias religiosas o culturales aceptadas. No se incluyen aquí los estados de trance que se presentan en las psicosis esquizofrénicas o agudas con alucinaciones o ideas delirantes o en la personalidad múltiple. No debe emplearse esta categoría si se piensa que el estado de trance está íntimamente relacionado con cualquier trastorno somático (tal como una epilepsia del lóbulo temporal o un traumatismo craneal) o con una intoxicación por una sustancia psicótropa (*CIE 10*).

Trastornos del humor [afectivos] orgánicos. Se trata de un trastorno caracterizado por una depresión del estado de ánimo, una disminución de la vitalidad y un decremento de la actividad. Puede también estar presente cualquier otro de los rasgos característicos de un episodio depresivo. El único criterio para la inclusión de este estado en la sección orgánica es una presunta relación causal directa con un trastorno cerebral o somático, cuya presencia deberá ser demostrada con independencia, por ejemplo, por medio de una adecuada exploración clínica y complementaria o deducida a partir de una adecuada información anamnésica. El síndrome depresivo deberá ser la consecuencia del presunto factor orgánico y no ser la expresión de la respuesta emocional al conocimiento de la presencia del mismo o a las consecuencias de los síntomas de un trastorno cerebral concomitante. Son casos prototípicos la depresión postinfecciosa (por ejemplo, la que sigue a una gripe) (*CIE 10*).

Trastornos del humor [afectivos] persistentes. Se trata de una serie de trastornos persistentes del estado de ánimo, que suelen ser de intensidad fluctuante, en los que los episodios aislados son rara vez los suficientemente intensos como para ser descritos como hipomaniacos o incluso como episodios depresivos leves. Dado que duran años y en algunos casos la mayor parte de la vida adulta del enfermo, suelen acarrear un considerable malestar y una serie de incapacidades. En algunos casos, sin embargo, episodios recurrentes o aislados de manía o de depresión, leve o grave, pueden superponerse a un trastorno afectivo persistente. Se han descrito variedades de comienzo precoz y tardío de ciclotimia (*CIE 10*).

Trastornos disociales en la niñez. Los trastornos disociales se caracterizan por una forma persistente y reiterada de comportamiento disocial, agresivo o retador. En sus grados más extremos puede llegar a violaciones de las normas, mayores de las que serían aceptables para el carácter y la edad del individuo afectado y las características de la sociedad en la que vive. Se trata, por lo tanto, de desviaciones más graves que la simple “maldad” infantil o rebeldía adolescente. Los actos antisociales o criminales aislados no son, por sí mismos, base para el diagnóstico, que implica una forma duradera de comportamiento. Los rasgos del trastorno disocial pueden también ser secundarios a otros trastornos psiquiátricos, en cuyo caso debe codificarse el diagnóstico del trastorno subyacente. Los trastornos disociales pueden evolucionar en algunos casos hacia un trastorno disocial de la personalidad. Los trastornos disociales suelen estar relacionados con un ambiente psicosocial desfavorable, entre ellos relaciones

familiares no satisfactorias y fracaso escolar y se presenta, con más frecuencia en chicos. La distinción entre los trastornos disociales y los trastornos de las emociones es bien definida, mientras que su diferenciación del trastorno hipercinético es menos clara y es frecuente un solapamiento entre ambos. La valoración de la presencia de un comportamiento antisocial debe tener en cuenta el nivel del desarrollo del niño. Las rabietas, por ejemplo, forman parte de un desarrollo normal a la edad de tres años y su mera presencia no debería ser una indicación para el diagnóstico. Del mismo modo, una violación de los derechos cívicos de otras personas (como un crimen violento), no se encuentra al alcance de la mayoría de los niños de siete años de edad y, por lo tanto, no constituye una pauta diagnóstica para este grupo de edad. Las formas de comportamiento en las que se basa el diagnóstico pueden ser del tipo de las siguientes: grados excesivos de peleas o intimidaciones, crueldad hacia otras personas o animales, destrucción grave de pertenencias ajenas, incendio, robo, mentiras reiteradas, faltas a la escuela y fugas del hogar, rabietas frecuentes y graves, provocaciones, desafíos y desobediencia graves y persistentes. Cualquiera de estas categorías, si es intensa, es suficiente para el diagnóstico, pero los actos disociales aislados no lo son. Son criterios de exclusión otros trastornos subyacentes, alguno de ellos poco frecuentes pero importantes, como una esquizofrenia, una manía, trastornos del desarrollo, un trastorno hipercinético y una depresión. No se recomienda hacer este diagnóstico a menos que la duración del comportamiento descrito sea de seis meses o más (CIE 10).

Trastornos disociativos [de conversión]. El rasgo común que comparten los trastornos de este grupo es la pérdida parcial o completa de la integración normal entre ciertos recuerdos del pasado, la conciencia de la propia identidad, ciertas sensaciones inmediatas y el control de los movimientos corporales. Normalmente hay un considerable grado de control consciente sobre qué recuerdos y qué sensaciones pueden ser seleccionados por la atención inmediata y sobre qué movimientos hay que llevar a cabo. Se acepta que en los trastornos disociativos esta capacidad para ejercer un control consciente y selectivo se ha perdido en un grado que puede variar de día en día o de hora en hora. Por lo general es muy difícil averiguar hasta qué punto parte de los déficit funcionales están bajo un control voluntario. Estos trastornos habían sido clasificados previamente como diferentes tipos de “histeria de conversión”, pero ahora parece lo más conveniente evitar el término “histeria” en la medida de lo posible, debido a que tiene muchos significados distintos. Se supone que los trastornos disociativos descritos aquí tienen un origen psicógeno y tienen una estrecha relación temporal con acontecimientos traumáticos, problemas insolubles o insoportables o relaciones interpersonales alteradas. Por lo tanto, suele ser posible hacer interpretaciones o presunciones acerca de los métodos a los que recurre el enfermo para manejar el estrés intolerable, pero los conceptos que se derivan de teorías psicológicas, tales como “motivación inconsciente” y “ganancias secundarias”, no se incluyen entre las pautas para el diagnóstico. El término “conversión” se utiliza ampliamente para alguno de estos trastornos e implica que sentimientos no satisfactorios originados por los problemas y conflictos que el enfermo no puede resolver se transformen de alguna manera en síntomas. Suele referirse que el comienzo y la terminación de los estados disociativos es repentino, pero rara vez pueden ser presenciados, excepto durante interacciones artificiales o

procedimientos tales como la hipnosis o la abreacción. La transformación o la desaparición de un estado disociativo puede limitarse al tiempo que duren estas intervenciones. Todos los tipos de estados disociativos tienden a remitir al cabo de unas pocas semanas o meses, en especial si su comienzo tuvo relación con un acontecimiento biográfico traumático. Pueden presentarse estados más crónicos (que a veces van surgiendo de un modo más lentamente progresivo), en particular parálisis y anestias, si el comienzo está relacionado con problemas insolubles o dificultades personales. Los estados disociativos que han persistido más de uno o dos años antes de recibir atención psiquiátrica suelen ser resistentes a los tratamientos. Los enfermos con trastornos disociativos presentan a veces una negación llamativa de problemas o dificultades personales que son obvios para los demás y cualquier problema reconocido como tal se atribuye a los síntomas disociativos. La despersonalización y la desrealización no se incluyen aquí, puesto que en estos síndromes sólo se afectan aspectos limitados de la identidad personal y no suelen acompañarse de déficit funcionales de la sensibilidad, de memoria o de la motilidad. Para un diagnóstico seguro de cualquiera de los trastornos disociativos deben cumplirse las tres condiciones siguientes: a) presencia de las características clínicas ya especificadas en los trastornos aislados, b) ausencia después de las exploraciones clínicas complementarias de un trastorno somático que pudiera explicar los síntomas, y c) evidencia de una génesis psicógena, en la forma de una clara relación temporal con acontecimientos biográficos estresantes y problemas o relaciones personales alterados (aunque sean negados por el enfermo). A veces, aun a pesar de sólidas sospechas, es difícil llegar a un convencimiento pleno de la génesis psicológica de los síntomas. En presencia de trastornos conocidos del sistema nervioso central o periférico, el diagnóstico de trastorno disociativo debe hacerse con mucha precaución. Si faltan datos para reconocer una génesis psicológica, el diagnóstico debe quedar como provisional y se debe perseverar en la investigación de posibles factores psicológicos y somáticos. Incluye: histeria, histeria de conversión, reacción de conversión, psicosis histérica (*CIE 10*).

Trastornos endocrinos. Mal funcionamiento de cualquiera de las glándulas endocrinas. En psiquiatría tienen especial interés las relaciones entre un trastorno endocrino y un trastorno emocional o de conducta.

Trastornos esquizoafectivos. Se trata de trastornos episódicos en los cuales tanto los síntomas afectivos como los esquizofrénicos son destacados y se presentan durante el mismo episodio de la enfermedad, preferiblemente de forma simultánea o al menos con pocos días de diferencia entre unos y otros. No es clara aún su relación con los trastornos del humor (afectivos) y con los trastornos esquizofrénicos típicos. Se codifican en una categoría aparte debido a que son demasiado frecuentes como para ser ignorados. Las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo en los trastornos del humor (afectivos) no justifican por sí solas un diagnóstico de trastorno esquizoafectivo. Los enfermos que sufren episodios esquizoafectivos recurrentes, en particular aquellos cuyos síntomas son de tipo maníaco más que de tipo depresivo, generalmente se recuperan completamente y sólo rara vez desarrollan un estado defectual. El diagnóstico de trastorno esquizoafectivo debería hacerse sólo cuando las manifestaciones de ambos tipos de síntomas, esquizofrénicos y afectivos, son claras y destacadas y se presentan simultáneamente o con un plazo de pocos días entre unos

y otros, dentro del mismo episodio de la enfermedad y cuando, como consecuencia de lo anterior, el episodio de enfermedad no satisface las pautas ni de esquizofrenia ni de episodio depresivo o maníaco. El diagnóstico no debería aplicarse a aquellos enfermos que presentan síntomas esquizofrénicos y afectivos sólo en diferentes episodios de la enfermedad. Es frecuente, por ejemplo, que los esquizofrénicos presenten síntomas depresivos tras un episodio psicótico. Algunos enfermos presentan episodios esquizoafectivos recurrentes, los cuales pueden ser de tipo maníaco, depresivo o mixtos. Otros presentan uno o dos episodios esquizoafectivos intercalados entre episodios maníacos o depresivos típicos. En el primer caso, el diagnóstico adecuado es el de trastorno esquizoafectivo. En el segundo, la aparición de un episodio esquizoafectivo de forma ocasional no invalida el diagnóstico de trastorno bipolar o trastorno depresivo recurrente si el cuadro clínico es típico en otros aspectos (*CIE 10*).

Trastornos psicóticos. Graves trastornos mentales en que se pierde el contacto con la realidad y se manifiesta un comportamiento notoriamente inadaptado. Algunos de los síntomas asociados a los trastornos psicóticos son la desorganización de la personalidad, la perturbación en el pensamiento, el desequilibrio de los estados de ánimo y la presencia de delusiones y alucinaciones.

Trastornos somatomorfos. El rasgo principal de estos trastornos es la presentación reiterada de síntomas somáticos acompañados de demandas persistentes de exploraciones clínicas, a pesar de repetidos resultados negativos de exploraciones clínicas y de continuas garantías de los médicos de que los síntomas no tienen una justificación somática. Aun en los casos en los que realmente estuvieran presentes trastornos somáticos, éstos no explican la naturaleza e intensidad de los síntomas, ni el malestar y la preocupación que manifiesta el enfermo. Incluso cuando el comienzo y la evolución de los síntomas guarda una estrecha relación con acontecimientos biográficos desagradables o con dificultades o conflictos, el enfermo suele resistirse a los intentos de someter a discusión la posibilidad de que las molestias tengan un origen psicológico, lo que puede incluso suceder aun estando presentes síntomas depresivos y ansiosos evidentes. El grado de comprensión sobre los síntomas, ya sean somáticos o psicológicos, es con frecuencia insuficiente y frustrante, tanto para el enfermo como para el médico. En estos trastornos aparecen con frecuencia un comportamiento de demanda de atención (histriónico), en particular en enfermos resentidos por su fracaso a la hora de convencer a los médicos de que su enfermedad es de naturaleza fundamentalmente somática y de la necesidad de realizar exámenes o exploraciones adicionales (*CIE 10*).

Trata de blancas. Prostitución.

Tratamiento. Trato, acción y efecto de tratar o tratarse. Sistema de curación.

Tratamiento con indoklon. Tipo de tratamiento de shock en el cual se produce una crisis convulsiva por la inhalación del fármaco indoklon.

Tratamiento con subcomas insulínicos. Forma de tratamiento de shock en el cual la insulina, en lugar de utilizarse para provocar comas, se emplea para producir somnolencia y para provocar en el paciente una sensación de bienestar.

Tratamiento de mantenimiento con metadona. Utilización diaria a largo plazo de metadona para aliviar el hambre de narcóticos y evitar los efectos de las drogas narcóticas.

Tratamiento de shock. Forma de tratamiento psiquiátrico que consiste en utilizar una sustancia química (por ingestión, inhalación o inyección) o corriente eléctrica para producir una convulsión con pérdida de conocimiento. Se utiliza en algunos tipos de esquizofrenia y en trastornos del estado de ánimo. Se desconoce todavía el mecanismo de tratamiento de shock. Fue introducido por Cerletti y Bini.

Tratamiento de shock con metrazol. Forma de tratamiento utilizada raramente, en la cual se induce una crisis convulsiva por la inyección del fármaco metrazol (cardiazol).

Tratamiento permitido. Cualquier tratamiento suministrado a los pacientes incorporados al estudio para el alivio de los síntomas causados por la enfermedad investigada en el estudio clínico. Este tipo de tratamiento frecuentemente se emplea para el alivio del dolor en los estudios controlados con placebo (*A.N.M.A.T.*).

Tratamiento por comas insulínicos. Forma de tratamiento psiquiátrico creada por Manfred Sakel, en la cual se administra insulina al paciente para producirle un coma. Se utiliza en algunos tipos de esquizofrenia.

Trauma del nacimiento. Término de Otto Rank para describir lo que consideró la fuente básica de ansiedad en los seres humanos, es decir, el proceso del nacimiento.

Trauma psíquico. Conmoción o shock emotivo que puede causar un trastorno permanente en las funciones psíquicas.

Trauma, traumatismo (psíquico). Acontecimiento de la vida del sujeto caracterizado por su intensidad, la incapacidad del sujeto de responder a él adecuadamente y el trastorno y los efectos patógenos duraderos que provoca en la organización psíquica. En términos económicos, el traumatismo se caracteriza por un aflujo de excitaciones excesivo, en relación con la tolerancia del sujeto y su capacidad de controlar y elaborar psíquicamente dichas excitaciones. Trauma y traumatismo son términos utilizados ya antiguamente, en medicina y cirugía. Trauma, que viene del griego “herida”, y deriva de “perforar”, designa una herida con efracción; traumatismo se reservaría más bien para designar las consecuencias sobre el conjunto del organismo de una lesión resultante de una violencia externa. Pero no siempre se halla implícita la noción de efracción del revestimiento cutáneo; así, por ejemplo, se habla de “traumatismos de cráneo cerebrales cerrados”. Se observa también que en medicina los dos términos “trauma” y “traumatismo” tienden a utilizarse como sinónimos. El psicoanálisis ha recogido estos términos (en Freud sólo se encuentra trauma) transponiendo al plano psíquico las tres significaciones inherentes a los mismos: la de un choque violento, la de una efracción y la de consecuencias sobre el conjunto de la organización. El concepto de traumatismo remite, ante todo, como el propio Freud indicó, a una concepción económica: “Llamamos así a una experiencia vivida que aporta, en poco tiempo, un aumento tan grande de excitación a la vida psíquica, que fracasa su liquidación o su elaboración por los medios normales y habituales, lo que inevitablemente da lugar a trastornos duraderos en el funcionamiento energético”. La excitación excede la tolerancia del aparato psíquico, tanto si se trata de un único acontecimiento muy violento (emoción intensa) como de una acumulación de excitaciones, cada una de las cuales, tomada aisladamente, sería tolerable; falla ante todo el principio de constancia, al ser incapaz el aparato de descargar la excitación.

Travestismo o deolismo. Conducta sexual desviada en la que el individuo tiene la compulsión por vestir ropas del otro sexo, sin que haya necesariamente conducta homosexual. La persona necesita vestirse con ropas del sexo opuesto para lograr el placer sexual. Es el caso de Edgar J. Hoover (1895-1972), el director del FBI. No se debe confundir con el travestismo homosexual masculino utilizado exclusivamente para ejercer la prostitución (en ese caso la ropa femenina es un uniforme de trabajo). Tampoco se considera como parafilia el caso del transexual que sólo adecua su vestido a su identidad de género (lo cual hoy se considera una variedad de la identidad sexual).

Trazodone clorhidrato, fármaco. Antidepresivo sedativo. Indicaciones: tratamiento de la depresión. Depresión ansiosa.

Tríada. Relación entre padre, madre e hijo experimentada en forma proyectiva en la terapéutica de grupo.

Triage. Indica la primera fase de la intervención de las urgencias médicas en general, en la cual se debe identificar y evaluar rápidamente la presencia de problemas que pueden ser amenazantes para la salud y la integridad del paciente y su entorno.

Triangulación. Es un proceso psicológico, que incluye operaciones psicodinámicas por las cuales una unidad de dos se estabiliza y confiere sentido a su actividad por común referencia a una tercera unidad. Esto se manifiesta, por ejemplo, en vínculos conyugales en que la persistencia de la armonía depende de un enojo o un interés benévolo hacia uno de sus hijos (la tercera unidad). El significado de la pertenencia a un subsistema se puede experimentar mejor por la referencia compartida a una tercera unidad que se sitúa fuera de las fronteras del subsistema.

Tribadismo. Homosexualidad femenina.

Tricíclico, fármaco. Fármaco antidepresivo clásico, que algunos consideran más eficaz que los inhibidores de la monoaminoxidasa. Los tricíclicos (imipramina y amitriptilina) son fármacos eficaces en el tratamiento de la depresión patológica, aunque presentan importantes efectos secundarios.

Tricotilomanía. Trastorno caracterizado por una pérdida apreciable de cabello debida al fracaso reiterado para resistir los impulsos de arrancarse el pelo. Este comportamiento suele ser precedido por un aumento de tensión y se sigue de una sensación de alivio o gratificación. Este diagnóstico no debe hacerse si existe previamente una inflamación de la piel o si el pelo es arrancado como respuesta a una idea delirante o a una alucinación (*CIE 10*).

Trifluoperazina, fármaco. Antipsicótico típico. Antiemético. Indicaciones: indicado para el manejo de las manifestaciones de los desórdenes psicóticos. También es efectivo para el tratamiento a corto plazo de la ansiedad no psicótica generalizada. Sin embargo, la trifluoperazina no es la droga de primera elección para la mayoría de los pacientes con este cuadro porque ciertos riesgos asociados con su uso no se observan con los tratamientos alternativos más comunes (por ej.: benzodiazepinas).

Trihexifenidilo, clorhidrato de, fármaco. Antiparkinsoniano. Indicaciones: el trihexifenidilo está indicado como coadyuvante en el tratamiento de todas las formas de parkinsonismo (post-encefálico, arterioesclerótico e idiopático). Este medicamento es a menudo utilizado en forma conjunta con levodopa. Además, está indicado en el control de los des-

órdenes extrapiramidales causados por drogas tales como dibenzoxacepinas, fenotiazina, tioxantenos y butirofenonas.

Triolismo [de "trío"] o troilismo [del francés *trois*]. La excitación depende de observar a la propia pareja teniendo relaciones con una tercera persona.

Triplete. Tres bases que se unen para dirigir la inclusión de un aminoácido, en el ARN o ADN. También llamado codón.

Tripsofilia [tripsolagnia]. Excitación por ser masajeado o por hacerse lavar el cabello.

Trisomía. Aberración cromosómica en la cual existen en la dotación cromosómica tres cromosomas en lugar de uno de los pares habituales.

Trivium. Grupo inherente a las artes liberales en el Medioevo, que estaba compuesto por la gramática, la retórica y la lógica.

Tu quoque, fili mi!. ¡Tú también, hijo mío! Son las palabras que Julio César dijo cuando vio que Bruto iba a matarlo.

Tuke, William [1732-1819]. Pionero del tratamiento de pacientes mentales sin la utilización de ligaduras.

Tumescencia. Endurecimiento de órganos por mayor flujo sanguíneo (erección del pene, clitoris, pezones, etc.).

Turba multa. Turbamulta; multitud confusa y desordenada.

Tutela. Del latín: *tutela*. 1.- Autoridad que, en defecto de la paterna o materna, se confiere para cuidar de la persona y sus bienes por menoría de edad, o por otra causa, no tiene completa capacidad civil. 2.- Cargo de tutor. 3.- Dirección, amparo o defensa de una persona respecto de otra.

Tutela dativa. La que se confiere por nombramiento del consejo de familia o del juez y no por disposición testamentaria ni por designación de la ley.

Tutela ejemplar. La que se constituye para curar de la persona y bienes de los incapacitados mentalmente.

Tutela legítima. La que se confiere por virtud de llamamiento que hace la ley.

Tutela testamentaria. La que se confiere por virtud de llamamiento hecho en el testamento de una persona facultada para ello.

Tutor dativo. El nombrado por autoridad competente a falta del testamentario y del legítimo.

Tutor legítimo. El designado por la ley civil a falta de tutor testamentario.

Tutor testamentario. El designado en testamento por quien tiene facultad para ello.

Tutor, ra. Del latín: *tutor, -oris*. Persona que ejerce la tutela. Persona que ejerce las funciones señaladas por la legislación.



Ultima ratio. Razón última; argumento extremo. *Ultima ratio regum* (última razón de los reyes) era una inscripción grabada en los cañones de la época de Luis XIV.

Ultimatum. Expresión latina que significa resolución definitiva. Decisión terminante.

Ultrajar. Ajar o injuriar. Despreciar o tratar con desvío a una persona.

Ultraje al pudor. Una de las denominaciones que tienen los atentados al pudor en algunas legislaciones. En otras es sinónimo de pornografía o atentados contra la moral.

Ultraje. Del latín: *ultraticum*, de *ultra*, más allá, a través; del ant. fr. *outrage*. Acción y efecto de ultrajar. Ajamiento, injuria o desprecio.

Uma. Entre los hindúes, una de las esposas de Shiva, de condición virginal.

Umbral. Se denomina así a aquel mínimo de excitación necesario para la generación de una sensación. El umbral de un fenómeno es también la magnitud mínima para que dicho fenómeno sea registrado en su manifestación.

Unario [trazo]. Para Freud, la identificación es el más precoz vínculo afectivo con el prójimo; la expresión “trazo unario” constituye la relación mínima entre el Yo y su objeto. En *Psicología de las masas y análisis del yo* (1921), Freud demuestra que en la formación del síntoma, “la identificación constituye la forma más primitiva del apego afectivo a un objeto”; por ejemplo, cuando Dora imita la tos del padre, “el Yo absorbe, por así decirlo, las propiedades del objeto”. Freud añade que “el Yo copia a veces a la persona amada, y otras a la persona no amada”; en ambos casos, la identificación es sólo “parcial, totalmente limitada; el Yo se limita a tomar del objeto uno solo de sus rasgos”. Se siente que ese rasgo o trazo “único” vale como la rúbrica en la que el sujeto puede leer algo de su identidad, la cual está tan necesariamente articulada con un objeto que, en virtud de su borramiento por la marca del trazo, cuenta a través de su ausencia.

Ungulagnia. Excitación sexual producida por rasguños antes o durante el coito.

Unidad de máxima seguridad. Parte de una institución para enfermos mentales reservada para aquellos que han cometido crímenes o que son considerados peligrosos para los demás.

Unidad de medida. Expresa el concepto homogéneo en que se señalan las cuantificaciones en la programación. Se cuantifica con el objeto de controlar y evaluar el programa y sus partes componentes (*A.N.M.A.T.*).

Universo. Llamase así a un conjunto de elementos cualesquiera relacionados por un factor común. De una manera u otra forman un sistema configurado por legalidades operativas.

Unívoco. Que sólo tiene un significado.

Uranismo. Homosexualidad.

Uranofobia. Miedo mórbido al paraíso. Tales personas tienen miedo de alguna desviación en su conducta ética debido a que suponen que los más severos castigos caerán sobre ellos desde el paraíso. Son muy rígidos y restringidos en sus acciones y conducta.

Uranomanía. La ilusión que se hacen algunos individuos de que son de origen divino o celestial. Viven bajo la impresión de que están por encima del común de la gente. Actúan de un modo grotesco y caprichoso como si fueran inmunes a los deseos humanos y se comportan también con modales superiores.

Urbi et orbi. Loc. lat., literalmente, a la ciudad y al mundo (la ciudad es Roma, ya que se trata de la bendición del Papa); a los cuatro vientos; a todas partes.

Uretralismo. Excitación producida por la introducción de objetos en la uretra.

Urodipsia. Preferencia por beber la orina de la pareja.

Urofilia [urolagnia, ondinismo]. El uso de la orina en la práctica sexual. Orinar o ser orinado por la pareja (generalmente en la ducha, por razones de limpieza).

Urolagnia. Extremado interés y preocupación por el proceso de orinar. Estos individuos obtienen gran satisfacción al beber su propia orina. Otros sienten placer al mirar cómo otros orinan.

Usque ad finem. Loc. lat., literalmente, hasta el fin.

Usque ad mortem. Loc. lat., literalmente, hasta la muerte.

Usurpación. Del latín: *usurpatio*, -onis. Acción y efecto de usurpar. Cosa usurpada; especialmente el terreno usurpado. Der. Delito que se comete apoderándose con violencia o intimidación de inmueble o derecho real ajeno.

Ut infra. Loc. lat., literalmente, como abajo se dice.

Ut supra. Loc. lat., literalmente, como se ha indicado arriba. Se emplea en algunos escritos para referirse a un fecha, cláusula, o frase escritas antes, con lo que se evita su repetición.

Uxorica. Del latín: *uxor*, -oris, mujer, esposa, y -*cidia*, asesinato. Dícese del que mata a su mujer.

Uxoricidio. Muerte causada a la mujer por su marido.



Vade mecum. Loc. lat., literalmente, marcha conmigo. En español vademécum: libro de poco volumen y de fácil consulta, generalmente usado en medicina.

Vade retro. Loc. lat., literalmente, retírate, retrocede; se emplea para rechazar a una persona o cosa.

Vae victis! Loc. lat., literalmente, “¡Ay de los vencidos!”.

Vagina. Conducto de carácter membranoso y muscular, de extensión variable, flexible, que en sus extremos conecta al útero y desemboca en la vulva respectivamente.

Vaginismo funcional. Contractura de la musculatura del tercio inferior de la vagina que impide o perturba sistemáticamente el coito.

Vaginismo no orgánico. Se trata de un espasmo muscular de la pared pelviana que rodea la vagina, lo que causa una oclusión de la abertura vaginal. En tal caso, la entrada del pene es imposible o muy dolorosa. El vaginismo puede ser una reacción secundaria a alguna causa local de dolor, en cuyo caso no debe recurrirse a esta categoría. Incluye: vaginismo psicógeno (*CIE 10*). Disfunción sexual caracterizada por la aparición de espasmos en la musculatura del tercio externo de la vagina que interfieren e incluso llegan a impedir el coito.

Validación. Acción que determina, de acuerdo con los principios de Buenas Prácticas de Investigación Clínica, que los procedimientos, procesos, equipos, material, actividades o sistemas, realmente conducirán a los resultados esperados (*A.N.M.A.T.*).

Validación consensual. Comparación continua los pensamientos y sentimientos de los miembros del grupo entre sí, que tiende a modificar y corregir las distorsiones interpersonales. El término fue introducido por Harry Stack Sullivan para aludir al proceso terapéutico diádico entre médico y paciente. Previamente, Triggant Burrow había utilizado el término observación consensual para describir este proceso, que da lugar a un juicio eficaz.

Validez. En psicología del pensamiento, designa la propiedad de todo razonamiento que respete las leyes y principios de la lógica. Por ejemplo, si al razonar nos contradecemos, estamos violando el principio lógico de no-contradicción y el razonamiento es inválido. En psicodiagnóstico, designa una de las propiedades de todo test bien construido, según la cual el test es válido cuando mide lo que efectivamente pretende medir. Un test es inválido, por ejemplo, cuando pretende medir inteligencia pero sólo está midiendo memoria.

Valor status. Valor de una persona en términos de criterios tales como ingresos, prestigio social, inteligencia y educación. Se considera un parámetro importante de la posición del individuo en la sociedad.

Valorar. Señalar precio de una cosa. Reconocer, estimar o apreciar el valor o mérito de una persona o cosa. Valorizar, aumentar el valor de una cosa.

Valproato de magnesio, fármaco. Antirrecurrential. Antiepiléptico. Estabilizador del estado de ánimo. Indicaciones: Epilepsias generalizadas o parciales: generalizadas primarias: petit mal, gran mal, epilepsias mioclónicas. Parciales: con sintomatología simple o compleja. Generalizadas secundarias: formas mixtas. Trastorno bipolar.

Vampirismo. Condición del vampiro. Se denomina así al conjunto de leyendas fantásticas y literarias, presentes en numerosas culturas donde se le adjudica la condición de vampiro a los que sobreviven succionando sangre humana de prójimos o animales. Según estas historias, el succionado por el vampiro adquiere la condición vampírica con la inmortalidad. Como derivación, ha dado lugar a una de las más célebres novelas góticas, *Drácula*, de Bram Stoker y a muchísimos otros relatos incluso contemporáneos, como los de Anne Rice (*Entrevista con el Vampiro*) o Stephen King (*La hora del vampiro*), así como también a una nutrida filmografía. Por otro lado, hay incluso una subcultura vampírica donde algunos individuos gustan vestirse y maquillarse cinematográficamente como vampiro, al modo de una identificación histeriforme. El evidente contenido sexual, predominantemente oral, se ve reflejado en el mote de “vampiresa” aplicado a mujeres muy “sexys” o sugerentes, que arrastrarían a algunos hombres a la ruina moral o económica. También se denomina así a la excitación sexual provocada por la sangre y su ingesta en algunas presentaciones perversas.

Vandalismo. Condición destructiva y hostil hacia personas o cosas. Es manifestación extrema de agresividad. Deriva la denominación del pueblo bárbaro de los vándalos.

Vanitas vanitatum, et omnia vanitas. Loc. lat., literalmente, vanidad de vanidades y toda vanidad.

Variable. En estadística, cualquier rasgo, atributo, dimensión o propiedad capaz de adoptar más de un valor o magnitud (*A.N.M.A.T.*).

Variación. Término estadístico que alude al hecho de obtener resultados diferentes al medir el mismo fenómeno. La variación puede ser asociación con variables conocidas dentro de los datos o con variables aleatorias que sean resultado del error o del azar (*A.N.M.A.T.*).

Variante sexual. Dícese de los actos distintos al coito vaginal que realizan los individuos con fines de estimulación preparatoria u orgasmo.

Varianza. Medición estadística igual a la suma de los cuadrados de todas las desviaciones de un conjunto de mediciones dividida por el número de mediciones. La varianza es un concepto útil porque otros cálculos estadísticos se basan en ella y porque ayuda a analizar en qué cantidad se debe la variación a influencia experimental y en qué cantidad al azar o al error (*A.N.M.A.T.*).

Vasectomía. Operación esterilizadora en varones, con fines de anticoncepción.

Vejar. Del latín: *vexare*. 1.- Maltratar, molestar, perseguir a uno, perjudicarlo o hacerlo padecer. 2.- Dar vejamen o reprensión festiva.

Vejez. Cualidad de viejo. Edad senil, senectud. Achaques, manías, actitudes propias de la edad de los viejos.

Velis nolis. Loc. lat, literalmente, quieras o no; de grado o por la fuerza.

Venéreo. Relativo a Venus. Fem. Enfermedad de transmisión sexual.

Venlafaxina clorhidrato de, fármaco. Antidepresivo. Inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina y noradrenalina. Indicaciones: El clorhidrato de venlafaxina está indicado para el tratamiento de la depresión, incluyendo la depresión con ansiedad asociada.

Ventana terapéutica. Cociente entre la Concentración Máxima Efectiva (no tóxica) y la Concentración Mínima Efectiva. Se estima que debe realizarse el seguimiento de dosificación de los pacientes que reciben principios activos con una ventana terapéutica igual o menor que 2 (dos) (*A.N.M.A.T.*).

Venus. Entre los romanos, diosa del amor y de la belleza. Simboliza la feminidad.

Vera effigies. Loc. lat., literalmente, imagen verdadera de una persona.

Verba volant, scripta manent. Loc. lat., literalmente, las palabras vuelan, los escritos permanecen.

Verbi gratia. Loc. lat., literalmente, por ejemplo; verbigracia.

Verbigeración. Repetición sin significado de palabras o frases. Conocida también como catafasia, es un síntoma patológico observado en la esquizofrenia catatónica.

Verbomanía. Logorrea.

Veretro. Pene.

Vergüenza. Del latín: *verecundia*. 1.- Turbación del ánimo que suele encender el color del rostro, ocasionada por alguna falta cometida o por alguna acción deshonrosa y humillante, propia o ajena. 2.- Pundonor, estimación de la propia honra. 3.- Encogimiento o cortedad para ejecutar una cosa. 4.- Acción que, por indecorosa, cuesta repugnancia ejecutar o deja en mala opinión al que la ejecuta. 5.- Pena o castigo que consistía en exponer al reo a la afrenta y confusión pública con alguna señal que denotaba su delito. 6.- Se llama así a la manifestación emocional gestual, que se basa en autopercepciones del individuo de inadecuación, de efecto, o incapacidad en relación con la mirada del otro. 7.- Fenómeno marcadamente imaginario, ya que al vergonzoso lo incomoda ser visto o notado.

Verificación [validación] de datos. Procedimientos llevados a cabo para asegurar que los datos contenidos en el informe final sean iguales a las observaciones originales. Estos procedimientos pueden aplicarse a los datos originales, copias electrónicas, análisis estadísticos y tablas (*A.N.M.A.T.*).

Verosimilitud. Grado en que una hipótesis determinada es confirmada por valores de muestra obtenidos experimentalmente.

Versus. Voz latina que significa hacia.

Vesania. Término que se utilizaba para designar al episodio maniaco caracterizado por raptos de furor. Puede manifestarse en la conducta sádica.

Vía maladaptativa. Pauta de conducta patológica o poco adaptada.

Vice versa. Loc. lat., literalmente, al contrario, viceversa; cambiadas dos cosas recíprocamente.

Vicio. Del latín: *vitium*. Mala calidad, defecto o daño físico en las cosas. Falta de rectitud o defecto moral en las acciones. Falsedad, yerro o engaño en lo que se escribe o se propone. Hábito de obrar mal.

Víctima. Del latín: *victima*. 1.- Persona o animal sacrificado o destinado al sacrificio. 2.- Persona que se expone u ofrece a un grave riesgo en obsequio de otra. Persona que padece daño por culpa ajena o por causa fortuita.

Vida cotidiana. Conjunto de actividades que caracterizan la reproducción de los hombres particulares, los cuales, a la vez, crean la posibilidad de la reproducción cultural. Cada hombre tiene una vida cotidiana diferente: todos duermen y comen, pero cada uno a su manera. Estas actividades lo conservan como ente natural, viviente. Pero a diferencia del animal, el hombre reproduce lo social sólo cuando desarrolla una función en la sociedad: la auto-

reproducción es, por lo tanto, un momento de la reproducción de la sociedad. La vida cotidiana muestra, por un lado, la socialización de la naturaleza, pero también la humanización (propio, esto, del hombre). La vida cotidiana tiene, así, una historia. Todas las capacidades fundamentales, los afectos y los modos de comportamiento fundamentales con los cuales trasciendo mi ambiente y que yo remito al mundo 'entero' alcanzable por mí y que yo objetivo en este mundo, en realidad me los he apropiado en el curso de la vida cotidiana: el coraje, el autocontrol, el compromiso, la gratitud, etc. La unidad de la personalidad se realiza en la vida cotidiana.

Vidual. Del latín: *vidualis*. Perteneciente o relativo a la viudez.

Viejismo. Se denomina así a la actitud de discriminación y segregación hacia la población vieja. Esta conducta, ampliamente extendida, se sustenta fundamentalmente en la utilización de prejuicios sin los cuales perdería su soporte operacional.

Vigente. Del latín: *vigens, -entis*, p. a. de *vigere*, tener vigor. Aplícase a las leyes, ordenanzas, estilos y costumbres que están en vigor y observancia.

Vigor. Del latín: *vigor, -oris*. 1.- Fuerza o actividad notable de las cosas animadas o inanimadas. 2.- Viveza o eficacia de las acciones en la ejecución de las cosas. 3.- Fuerza de obligar en las leyes u ordenanzas, o duración de las costumbres o estilos.

Vincilagnia. Excitación por hacerse atar.

Vínculo. Del latín: *vinculum*, de *vincire*. 1.- Atar, unión o atadura de una persona o cosa con otra. Antiguamente expresaba una unión sujeta firmemente que se hacía juntando un haz de ramas atada con una cuerda de nudos, sugiriendo una atadura lo más duradera posible (Corominas, 1973). 2.- Noción central para algunas escuelas terapéuticas posfreudianas, cuyo máximo representante entre nosotros ha sido Enrique Pichon-Rivière, que incluso tituló uno de sus libros con ese nombre (*Teoría del vínculo*). También para la metapsicología, según Berenstein y Puget, es un elemento indispensable para la construcción de la subjetividad y sus espacios psíquicos, donde cada uno de ellos representa en especificidad e independencia vertientes donde el vínculo ocupa un lugar central. Es un lazo estable y duradero entre dos sujetos marcado por una cierta extraterritorialidad que le es inherente, y que se diferencia de la relación de objeto, ya que aquí dos individuos están unidos por un conector afectivo (odio, amor, interés, etc.) y los convoca manteniendo sus singularidades.

Vinum laetificat cor hominis. Loc. lat., literalmente, el vino alegra el corazón del hombre.

Violación. Del latín: *violatio, -onis*. Acción y efecto de violar. Cópula obtenida mediante el empleo de fuerza física o moral. Es delito sexual y se castiga para tutelar la libertad sexual de los individuos.

Violar. Del latín: *violare*. Infringir o quebrantar una ley o precepto. Tener acceso carnal con una mujer por fuerza o hallándose privada de sentido, o cuando es menor de doce años. Por extensión, cometer abusos deshonestos o tener acceso carnal con una persona en contra de su voluntad.

Violencia. Del latín: *violentia*. Cualidad de violento. Acción y efecto de violentar o violentarse. Acción violenta o contra el natural modo de proceder.

Vir sapit qui pauca loquitur. Loc. lat., literalmente, varón sabio es el que habla poco.

Virago. Mujer viril. Por extensión, lesbiana.

Virgen. Del latín: *virgo, -inis*. Persona que no ha tenido relaciones sexuales. Persona que, conservando su castidad y pureza, ha consagrado a Dios su virginidad. Aplícase a aquellas cosas

que están en su primera entereza y no han servido aún para aquello a que se destinan. Dícese de lo que no ha tenido artificio en su formación.

Viripotente. Mujer casadera.

Virtual. Que tiene virtud para producir un efecto. Implícito, tácito.

Virtud. Del latín: *virtus, -utis*. 1.- Actividad o fuerza de las cosas para producir o causar sus efectos. 2.- Eficacia de una cosa para conservar o restablecer la salud corporal. 3.- Fuerza, vigor o valor. 4.- Poder o potestad de obrar. 5.- Integridad de ánimo y bondad de vida. 6.- Disposición constante del alma para las acciones conformes a la ley moral.

Viscosidad. Actitud adherente en la cual el sujeto que la padece se aproxima y se “pega” a su interlocutor al extremo de incomodarlo por lo invasivo o por lo retentivo que puede resultar. Es una actitud típica de las personalidades epileptoides. La viscosidad alude a la mencionada actitud, como así también al pensamiento meticuloso y circunstancial que estos sujetos presentan.

Viscoso. Del latín: *viscosus*. Pegajoso, glutinoso.

Vistas. Dar a conocer a los ministerios públicos alguna resolución dictada por el juez. Llevar ante algún representante del ministerio público el expediente para que dictamine respecto de su función específica.

Visualismo. Voyerismo.

Vitelus. Óvulo.

Vivencia. Unidad del sentir configurada de acuerdo con parámetros valorativos (placer, dis-placer, agradable, desagradable, profunda, superficial). Experiencia constataadora de lo “vivido”.

Volaverunt. Volaron. Se usa festivamente para significar que una cosa faltó, se perdió o desapareció.

Volitivo, va. Del latín: *volo*, quiero. Aplícase a los actos y fenómenos de la voluntad.

Volubilidad. Logorrea.

Voluntad. Del latín: *voluntas, -atis*. Potencia del alma que mueve a hacer o no hacer una cosa. Acto con que la potencia volitiva admite o rehúye una cosa, queriéndola o aborreciéndola y repugnándola. Libre albedrío o libre determinación. Elección de una cosa sin precepto o impulso externo que a ello obligue. Intención, ánimo o resolución de hacer una cosa. Elección hecha por el propio dictamen o gusto, sin atención a otro respeto o reparo. La facultad psíquica que tiene el individuo para elegir entre realizar o no un determinado acto. Depende directamente del deseo y la intención de realizar un acto en concreto.

Voluntad de sentido. Según Viktor Frankl, es el impulso innato a encontrar un significado y propósito en la propia vida.

Voluntario, ria. Del latín: *voluntarius*. Dícese del acto que nace de la voluntad y no por fuerza o necesidad extrañas a aquélla. Que se hace por espontánea voluntad y no por obligación o deber.

Voluntarismo. Teoría según la cual la voluntad o unidad voluntaria es el elemento o aspecto psíquico típico y fundamental.

Voluptuosidad. Erotismo. Dícese también por lujuria.

Vómitos patológicos. Además de la bulimia nerviosa en las que el vómito es autoprovocado, pueden presentarse vómitos repetidos en los trastornos disociativos (de conversión), en la

hipocondría, en la que los vómitos pueden ser uno de los múltiples síntomas corporales y en el embarazo, donde los factores emocionales pueden contribuir a la aparición de vómitos y náuseas recurrentes. Incluye: vómitos psicógenos, hiperemesis gravídica psicógena (*CIE 10*).

Voto de castidad. Compromiso estricto que asumen algunos individuos de mantenerse castos.

Vox populi. Loc. lat., literalmente, voz del pueblo; opinión popular o generalizada; del dominio público.

Voyeur. Persona que obtiene satisfacción sexual contemplando estímulos sexuales.

Voyeurismo o voyerismo. Parafilia que se caracteriza por ser la principal fuente de excitación sexual para el sujeto la contemplación de personas desnudas o realizando algún tipo de actividad sexual. Deseo patológico de observar los órganos genitales o actos sexuales. Conducta sexual desviada por la que el individuo obtiene satisfacción sexual de la observación de genitales, coitos o prácticas sexuales de otros. Hay expresiones estimadas normales de voyerismo (observar un *strip-tease*, v.g.). Religión mágica de Haití que muestra expresiones de culto fálico y bestialidad.

Vuelta. Técnica utilizada en terapéutica de grupos, en la cual el terapeuta grupal invita a cada integrante del grupo a que responda o tome posición ante un tema, una asociación, etc. Es una técnica a hacer participar a todos animándolos a hacerlo.

Vulnerabilidad. Del lat. *vulnerabilis*. Que puede ser herido o recibir lesión, física o moralmente.

Vulnerant omnes, ultima neceat. Loc. lat., literalmente, todas hieren, la última mata (referido a las horas).

Vulnerario, ria. Del latín: *vulnerarius*. 1.- Der. Aplícase al clérigo que ha herido o matado a otra persona. 2.- Farm. Aplícase al remedio o medicina que cura las llagas y heridas.

Vulva. Aparato genital femenino externo.



WAIS [escala de inteligencia de Wechsler para adultos]. Es un test de inteligencia específicamente para adultos.

Waserman, reacción. Procedimiento de laboratorio que se utilizó para diagnosticar la sífilis.

Weyer, Johann [1515-1588]. Médico holandés al que algunos consideran el primer psiquiatra. Su interés por la conducta humana le llevó a escribir *De praestigiis Daemonum* (1563), un hito en la historia de la psiquiatría.

Winnicott, Donald Woods [1896-1971]. Médico y psicoanalista inglés. Dotado de un excepcional genio clínico, este gran pediatra, considerado por sus colegas un niño terrible, y a menudo comparado en Francia con Françoise Dolto, fue el padre fundador del psicoanálisis de niños en Gran Bretaña, antes de la llegada de Melanie Klein a Londres. Posición paradójica, puesto que por lo común son mujeres las que ocupan este tipo de lugar en la historia del freudismo. Por su obra y sus modos de ver en el grupo de los independientes, frente a los kleinianos por una parte y a los annafreudianos por la otra, ha dejado una herencia conceptual fundamental, aunque nunca fundó una corriente o una escuela.



Xenofobia. 1.- Odio, repugnancia u hostilidad hacia los extranjeros. 2.- Desconfianza, temor y suspicacia hacia los extraños. 3.- Temor a los extranjeros.



Yerto, ta. Del latín: *erctus*, de *ergo*, por *erigo*. Tieso, rígido o áspero. Aplícase al viviente que se ha quedado rígido por el frío y también al cadáver u otra cosa en que se produce el mismo efecto.

Yo (ego). Instancia psíquica que para S. Freud es sede del Principio de Realidad, campo de la conciencia cuya función es la constatación y prueba de la realidad, así como también la tramitación y graduación de la impulsividad y el deseo inconscientes proveniente del Ello. Como una de sus funciones esenciales es la autoconservación, utiliza para ello todos los mecanismos defensivos.

Yo-esto. Descripción del filósofo Martín Buber de las relaciones interpersonales nocivas. Si una persona se trata a sí misma o a otra persona exclusivamente como un objeto, hace imposible la mutualidad, la confianza y el crecimiento. Cuando invaden un grupo, las relaciones Yo-esto hacen imposible el calor humano, destruyen la cohesión e inhiben los procesos grupales.

Yo ideal. Fase arcaica del Yo, que como parte del Imaginario personal representa al primer esbozo del Yo, apenas separado de la díada madre-hijo, y es investido libidinalmente. Freud lo pone en circulación en 1914 para designar a ese Yo real que habría sido el vértice de las primeras satisfacciones narcísicas, y que, por lo tanto, será buscado a posteriori por el sujeto para reencontrarse con dichas satisfacciones. Es también un estado de omnipotencia, ya que podría decirse que allí “todo es Yo”. Para J. Lacan es constituido desde la imagen del cuerpo reflejado en el espejo, soporte de la identificación primaria con ese otro que “ve” y que resultará ser el mismo.

Yo sintónico. Aceptable para las aspiraciones del Yo.

Yo-placer - yo-realidad. Términos utilizados por Freud aludiendo a una génesis de la relación del sujeto con el mundo exterior y del acceso a la realidad. Ambos términos se oponen siempre entre sí, pero con acepciones demasiado distintas para que se pueda proponer una definición unívoca de ellos, y con significaciones que se imbrican demasiado para ser fijadas en múltiples definiciones. La oposición entre yo-placer y yo-realidad fue adelantada por Freud principalmente en: *Formulaciones sobre los dos principios del funcionamiento psíquico* (1911), *Las pulsiones y sus destinos* (*Triebe und Triebschicksale*, 1915), y *La negación* (*Die Verneinung*, 1925). Señalemos, ante todo, que estos trabajos, que corresponden a distintos momentos del pensamiento de Freud, muestran, sin embargo, una continuidad entre sí y no tienen absolutamente en cuenta las modificaciones aportadas a la definición del Yo con motivo del paso de la primera a la segunda tópica.

Yoga. Disciplina física y mental cuyo objetivo es alcanzar la unión mística del individuo con la Totalidad, el Universo, el Gran Ser, la Conciencia Cósmica o la Deidad.

Yo-tú. Concepción del filósofo Martín Buber de que la identidad del hombre se desarrolla a partir de ser compartido verdaderamente por las personas. La confianza básica puede darse en un conjunto vivo de amigos en el cual cada miembro identifica la personalidad real particular del otro en su totalidad, unidad y unicidad. En los grupos, las relaciones yo-tú dan lugar a calor, presión y procesos grupales constructivos.

Yusión. Del latín: *iussio*, *-onis*. Der. Acción de mandar. Mandato, precepto.



Zaleplon, fármaco. Hipnótico no benzodiazepínico. Indicaciones: tratamiento a corto plazo del insomnio.

Zángano. Dícese del individuo que no trabaja y vive del trabajo de su mujer.

Zen. Variedad del budismo meditativo que procura ayudar al individuo a alcanzar un estado de iluminación caracterizado por la experiencia directa de la naturaleza genuina de la realidad sin la intermediación de abstracciones, palabras, creencias, conceptos o dualismos.

Ziprasidona, fármaco. Antipsicótico atípico. Indicaciones: la ziprasidona es efectiva para el tratamiento de la esquizofrenia y para el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación.

Zolpidem hemitartrato, fármaco. Hipnótico imidazopiridínico. Indicaciones: trastornos del sueño.

Zona erógena. Toda región del revestimiento cutáneo-mucoso susceptible de ser asiento de una excitación de tipo sexual. De un modo más específico, ciertas regiones que son funcionalmente el asiento de tal excitación: zona oral, anal, uretro-genital, pezón.

Zopiclona, fármaco. Agente hipnótico no benzodiazepínico. Indicaciones: tratamiento a corto plazo de los trastornos del sueño. Dado que los trastornos del sueño pueden ser la primera manifestación de problemas físicos o psiquiátricos, el tratamiento sintomático del insomnio debe iniciarse sólo luego de una cuidadosa evaluación del paciente por el especialista. La falta de remisión luego de 7 a 10 días de tratamiento puede indicar la presencia de un trastorno psiquiátrico primario y/o de otra enfermedad médica que deberá ser evaluada.

Zooerastia. Término acuñado por Krafft-Ebing para denominar las relaciones sexuales con animales. A diferencia de la sodomía, la zooerastia tiene un significado más definido. Excitación sexual obtenida de contactos con animales.

Zoofilia. Bestialidad. Desviación de la fuente de atracción sexual en la que la excitación se obtiene con animales. La excitación se produce mediante el uso de animales en la práctica sexual.

Zoofilismo. Impulso ingobernable de tocar, acariciar o frotar a los animales con el propósito expreso de derivar en esa forma alguna satisfacción sexual.

Zoofobia. Temor a los animales.

Zoolagnia. Obtención de placer sexual al hacer sufrir a los animales.

Zoosadismo. Crueldad hacia los animales, asociada con activos actos de violencia e hiriendo al animal, con el expreso propósito de obtener placer sexual.

Zuclopentixol, fármaco. Antipsicótico piperazínico (neuroléptico). Indicaciones: esquizofrenia crónica y aguda y otras psicosis, en especial con síntomas tales como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, así como también agitación, desasosiego, hostilidad y agresividad. Fase maníaca de la enfermedad maniaco-depresiva. Retraso mental asociado con hiperactividad psicomotora, agitación, violencia y otros trastornos de conducta.

Zuclopentixol Acuphase, fármaco. Forma farmacéutica cuya acción se prolonga por 2 ó 3 días. Está indicado en el tratamiento inicial de psicosis agudas, incluyendo manía y exacerbaciones de psicosis crónicas.

Zurdera. Condición de la persona que es más hábil con la mano izquierda. La razón es un predominio de la actividad del hemisferio derecho del cerebro. Se considera que en Occidente hay una tendencia cultural a desarrollar más el hemisferio izquierdo (habla, lectura, escritura, cálculos numéricos) y que por ello la mayoría de las personas son diestras.

Bibliografía consultada

- Abraham, W. *Diccionario de Terminología Lingüística Actual*. Editorial Gredos, Barcelona. 1981.
- Achával, A., *Psiquiatría medicolegal y forense*. Editorial Astrea. Buenos Aires. 2003.
- Achával, A., *Responsabilidad Civil del Médico*. Editorial Abeledo-Perrot. Buenos Aires. 1983.
- Adout, J. *Las Razones de la Locura*. Editorial F.C.E. España. 1986.
- Alonso Fernández F. *Alcoholdependencia. Personalidad del alcohólico*. 2ª edición. Editorial Salvat. Barcelona. 1988.
- Alonso Fernández F. *Fundamentos de la Psiquiatría Actual*, Cuarta Edición. Editorial Paz Montalvo. Madrid. 1979.
- Alonso Fernández F. *Psicología médica y social*. 4ª edición. Editorial Paz Montalvo. Madrid. 1978.
- Alterini, J.H., *Obligaciones de resultados y de medios. Enciclopedia Jurídica Omeba*. Editorial Bibliográfica Omeba. Buenos Aires. 1965.
- Amado, G. *Fundamentos de la Psicopatología*. Editorial Gedisa. España 1985.
- Ariel, A y Laznik, D. *La Cura en el Psicoanálisis*. BCZ Editora. España. 1992.
- American Psychiatric Association. *DSM-V-tr*. Editorial Masson. Buenos Aires. 2001.
- American Psychiatric Association. *DSM-IV Source book*. Volume I, II, III. American Psychiatric Press. Washington. 1994.
- American Psychiatric Association. *American Psychiatric Glossary*. Seventh Edition. American Psychiatric Press. Washington. 1994.
- American Psychiatric Association. *Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders*. (Compendium 2000). Washington DC. 2000.
- Andreasen, N.C. y Black, D.W. *Intriducatory Textbook of Psychiatry*. Third Edition. American Psychiatric Publishing, Inc. Washington, DC. 2001.
- Arana, G.W. Rosenbaum J.F. *Handbook of Psychiatric Drug Therapy*. Fourth Edition. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia. 2000.
- Ayd FJ. *Lexicon of psyhchatry, neurology and the neuroscience*. Second Edition. Lippincott Williams and Wilkins. Philadelphia. 2000.
- Ayuso Gutiérrez, j.l., Carula, I.S. *Tratado de Psiquiatría*. Mc Graw-Hill. Interamericana de España. Madrid. 1992.
- Barbado, A.R. *Responsabilidad de los Profesionales del Arte de Curar*. Editorial Zavalía. Buenos Aires. 1995.
- Basile A. A. *Fundamentos de Psiquiatría Medicolegal*. Editorial El Ateneo. Buenos Aires. 2001.
- Basso, D.M. *Bioética. Nacer y Morir con Dignidad*. 3ª edición. Editorial Depalma. Buenos Aires. 1993.

- Basz, S. et al. *El Edipo y la Clínica Freudiana*. Editorial Helguero. Barcelona. 1978.
- Baugmat, A. et al. *Lecciones Introductorias de Psicopatología*. Editorial Eudeba. Buenos Aires. 1999.
- Beigbeder, O. *Léxico de los Símbolos*. Encuentro Ediciones. España 1995.
- Bellak, L. y Small, L. *Psicoterapia breve y de emergencia*. Editorial Pax-México. 1969.
- Belloch, A. et al. *Manual de Psicopatología*. Editorial McGraw-Hill. Volumen I- II. Madrid. 1995.
- Bender, L. *Test Gueústálico Visomotor (B.G.). Usos y Aplicaciones Clínicas*. Editorial Paidós. Buenos Aires. 1994
- Bercherie, P. *Los Fundamentos de la Clínica. Historia y estructura del saber psiquiátrico*. Editorial Manantial. Barcelona. 1986.
- Berenstein, I. *Familia y enfermedad mental*. Editorial Paidós. Buenos Aires. 1976.
- Bergeret, J. *La Personalidad Normal y Patológica*. Editorial Gedisa. España. 1980.
- Berkow, R. y Fletcher, A.J. *El Manual Merck de Diagnóstico y Terapéutica*. Editorial OcéanoCentrum. Novena edición española. Barcelona. 1994.
- Bielsa, R., *Los Conceptos Jurídicos y su Terminología*. Editorial Depalma. Buenos Aires. 1993.
- Beck AT, Freeman A. *Terapia cognitiva de lo trastornos de personalidad*. Paidós. Buenos Aires. Argentina.
- Betta JC. *Manual de Psiquiatría*. Octava Edición. Centro Editor Argentino. 1982.
- Bleuler, E. *Demencia Precoz. El grupo de las esquizofrenias*. Editorial Hormé. Buenos Aires. 1960.
- Bleuler, E. *Tratado de Psiquiatría*. Revisada por Manfred Bleuler. Editorial Espasa-Calpe. Madrid. 1971.
- Bleuler, M., Willi, J. y Bühler, H.R. *Síndromes Psíquicos Agudos en las Enfermedades Somáticas*. Ediciones Morata, S.A. Madrid. 1968.
- Bonnet, E.FP. *Medicina Legal*. Segunda Edición. López Libreros Editores S.R.L. Buenos Aires. 1991
- Bonnet, E.FP. *Psicopatología y Psiquiatría Forenses*. Tomo I-II. López Libreros Editores S.R.L. Buenos Aires. 1984.
- Bono, H. *Introducción a las Técnicas Proyectivas en Psicología*. Ediciones Culturales Universitarias Argentinas. Buenos Aires. 1984.
- Bowlby, J. *El vínculo afectivo*. Editorial Paidós. Barcelona .1983.
- Braier, L. *Diccionario Enciclopédico de Medicina*. Editorial Heracles. Buenos Aires. 1955.
- Bueres, A.J., *Responsabilidad Civil de los Médicos*. Segunda Edición. Editorial Hammurabi. Buenos Aires 1992.
- Bustamante Alsina, J., *Teoría General de la Responsabilidad Civil*. Editorial Abeledo-Perrot. Buenos Aires 1973.
- Cabaleiro Goas, M. *Temas Psiquiátricos*. 2ª edición. Editorial Paz Montalvo. Madrid. 1966.
- Cabanellas de Torres, G. *Diccionario Jurídico Universitario*. Editorial Heliasta. Buenos Aires. 2000.
- Cabello, V.P. *Psiquiatría Forense en el Derecho Penal*. Editorial Hammurabi. Buenos Aires. 1982.
- Campbell RJ. *Psychiatric Dictionary*. Seventh Edition. Oxford University Press. New York. 1996.

- Caplan, G. *Principios de psiquiatría preventiva*. Editorial Paidós. Buenos Aires. 1966.
- Cárdenas, E.J., Grimson, R., Álvarez, J.A. *El Juicio de Insania y la Internación Psiquiátrica*. Editorial Astrea. Buenos Aires. 1985.
- Carrasco Gomez, J.J., *Responsabilidad Médica y Psiquiatría*. 2ª edición. Editorial Cólex. Madrid. 1998.
- Carrió, G. *Notas sobre Derecho y Lenguaje*. Editorial Abeledo-Perrot. Buenos Aires. 1971.
- Castex M. N., *Algo Más Sobre Daño Psíquico y Otros Temas Forenses*. Instituto de Estudios Interdisciplinarios en Ciencia y Tecnología. Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires. Edición Estudio Sigma S.R.L. Buenos Aires. 2002.
- Castilla del Pino, C.; *Introducción a la Psiquiatría*, tomos I, II, III. Tercera Edición. Alianza Editorial S.A. Madrid. 1982.
- Chauchard, P. *El Mensaje de Freud*. Ediciones Fax. Madrid. 1973.
- Cia, A.H. *Trastorno por Estrés Postraumático. Diagnóstico y Tratamiento Integrado*. Editorial Imaginador. Buenos Aires. 2001.
- CIE 10. *Trastornos Mentales y del Comportamiento*. O.M.S. Editorial Forma. Madrid. 1994.
- Clerambault GG. *Automatismo Mental. Paranoia*. Editorial Polemos. Buenos Aires. 1995.
- Código Civil de la República Argentina*. A Z Editora. Buenos Aires.
- Código Penal de la Nación*. A Z Editora. Buenos Aires.
- Colombo, M. *El Psicodiagnóstico de Rorschach. Interpretación*. Ediciones Klex. Buenos Aires. 1993.
- Curci, O.H. *Toxicología*. López Liberos Editores S.R.L. Buenos Aires. 1994.
- D'Agnone, O.A. *Nuevos Desarrollos en Prevención y Terapéutica de las Adicciones*. Editorial Salerno. Buenos Aires. 1999.
- De Benedetti, E. *Los Caminos del Error Clínico*. Editorial Eudeba. Buenos Aires. 1960.
- De Ferrari, F. *Los Principios de la Seguridad Social*. Editorial Depalma. Buenos Aires. 1972.
- Chevalier, J. y Gheerbrant, A. *Diccionario de Símbolos*. Editorial Herder. España. 1988.
- Corominas, J. *Breve Diccionario Etimológico de la Lengua Castellana*. Editorial Gredos. España. 1961.
- Cottet, S. et al. *Momentos Cruciales de la Experiencia Analítica*. Editorial Manantial. España. 1991.
- Delgado Bueno, S. *Psiquiatría Legal y Forense*. Editorial Colex. Madrid. 1994.
- Diccionario Enciclopédico Hispano-Americano. Literatura, Ciencias, Artes*. Editorial Montaner Simon. España. 25 tomos.
- Dolto, F. *El caso Dominique*. 3ª edición. Siglo veintiuno editores. México. 1978.
- Donnoli, V.F. *El espacio psíquico en psiquiatría. La construcción del mundo interno a través del desarrollo neuropsicológico*. Editorial Lumen. Buenos Aires. 2000.
- Dorsh F. *Diccionario de Psicología*. Editorial Herder. Barcelona. 1991.
- DSM-IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Masson S.A. Barcelona. 1997.
- Ducrot, O. y Tzuetan, T. *Diccionario Enciclopédico de las Ciencias del Lenguaje*. Editorial Siglo 21. España. 1985.
- Ellenberger, H.F. *El Descubrimiento del Inconsciente. Historia y Evolución de la Psiquiatría Dinámica*. Editorial Gredos. Madrid. 1970.
- Erikson, E. *Identidad, juventud y crisis*. Editorial Paidós. Buenos Aires. 1971.

- Etchegoyen, R.H. *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. 3ª reimpresión. Amorrortu editores. Buenos Aires. 1993.
- Etchegoyen, R.H. Y Arensburg, B. *Estudios de clínica psicoanalíticas sobre sexualidad*. Editorial Nueva Visión. Buenos Aires. 1977.
- Espiño, G. *La Clínica al Borde del Siglo*. Editorial Letra Viva. Buenos Aires. 1999.
- Espiño, G. *Suicidios. Capitular a la sombra del Objeto*. Editorial Letra Viva. Buenos Aires. 2000.
- Evans, D. *Diccionario Introductorio de Psicoanálisis Lacaniano*. Editorial Paidós. Buenos Aires. 1997.
- Ey H. Bernard P.Y Brisset Ch.; *Tratado de Psiquiatría*, Octava Edición. Toray-Masson. Barcelona. 1978.
- Ey, H. *Estudios sobre los delirios*. Editorial Paz Montalvo. Madrid. 1950.
- Farré Martí, J.M. y Laceras, M.G. *Enciclopedia de la Psicología*. MM Océano Grupo editorial, S.A. Barcelona. 2000.
- Feixas G. y Miró M.T. *Aproximaciones a la psicoterapia*. Editorial Paidós. Barcelona. 1998.
- Fernández Vázquez, E. *Diccionario de Derecho Público*. Editorial Astrea. Buenos Aires. 1981.
- Freedman AM, Kaplan HI, Sadock B. *Tratado de Psiquiatría*. Tomo I y II. Salvat. Barcelona. 1982.
- Foucault, M. *Historia de la locura*. Editorial Fondo de Cultura Económica. México. 1967.
- Foucault, M. *Los anormales*. Editorial Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires. 2000.
- Freud, S. *Obras Completas*. 3ª edición. Tomos I-II-III. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid. 1973.
- Freud, S. "Esquema del Psicoanálisis". En: *Obras Completas*. Editorial Amorrortu. Buenos Aires. 1976.
- Fromm, E. *El Amor a la Vida*. Editorial Paidós. Buenos Aires. 1985.
- Fudin, M. y colab. *El Psicodiagnóstico en la Emergencia Psiquiátrica. Emergencias en Psiquiatría*. Editorial Eumens. Buenos Aires. 1986.
- Galanter M, Kleber HD. *Textbook of substance abuse treatment*. The American Psychiatric Association. Washington. 1994.
- Garay, O.E. *Régimen Legal de las Obras Sociales y del Seguro de Salud*. Editorial La Rocca. Buenos Aires. 1991.
- García Andrade, J.A. *Psiquiatría Criminal y Forense*. Editorial Centro de Estudios Ramón Areces S.A. Madrid. 1993.
- García Badaraco, J. El Psicodiagnóstico como recurso en el proceso terapéutico. *El Rorschach en la Argentina* - año 7, nº 1, 2; 1979.
- García de Diego, V. *Diccionario Etimológico*. Editorial Saeta. Madrid. 1954.
- Gayral L, Barcia D. *Semiología Clínica Psiquiátrica*. Aran. Madrid. 1991.
- Gherzi, C.A. Weingarten, C. e Ippólito, S.C. *Contrato de Medicina Prepaga*. Editorial Astrea. Buenos Aires. 1993.
- Gherzi, C.A. *Responsabilidad por Prestación Médico-Asistencial*. Editorial Hammurabi. Buenos Aires. 1987.
- Gisbert Calabuig, J. A. *Medicina Legal y Toxicología*. 5.a edición. Masson. Barcelona. 1998.
- Goblot, E. *Vocabulario Filosófico*. Editorial El Ateneo. Buenos Aires. 1945.

- Goldar JC. *Biología de la memoria*. Editorial Salerno. Buenos Aires. 1978.
- Goldar JC. *Anatomía de la mente*. Editorial Salerno. Buenos Aires. 1993.
- Goldar JC, Rojas D, Outes M. *Introducción al diagnóstico de las psicosis*. Editorial Salerno. Buenos Aires. 1994.
- Goldman, H.H. *Psiquiatría General*, Segunda Edición. Editorial El Manual Moderno, S.A. México. 1989
- Goldstein, R. *Diccionario de Derecho Penal y Criminología*. 3ª Edición. Editorial Astrea. Buenos Aires. 1993.
- Gonzalez De Rivera y Revuelta, J.L., Vela Bueno, A. y Arana Arregui, J. *Manual De Psiquiatría*. Editorial Karpos, S.A. Madrid. 1979.
- Goodman, L.S. & Gilman, A. *Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica*. 9ª edición. Editorial McGraw-Hill Interamericana. México. 1996.
- Gozáini, O. *Costas Procesales, Doctrina y Jurisprudencia*. Editorial Ediar. Buenos Aires. 1990.
- Graciano de Piccolo, E. *Indicadores Psicopatológicos en Técnicas Projectivas*. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires. 1984.
- Griesinger W. *Patología y Terapéutica de las enfermedades mentales*. Primera y segunda parte. Editorial Polemos. Buenos Argentina. 1997.
- Grivois, H. *Urgencias Psiquiátricas*. Editorial Masson. Barcelona. 1989.
- Hammer, E. *Test Projectivos Gráficos*. Editorial Paidós. Buenos Aires. 1997.
- Harari, R. *El Seminario de la Angustia de Lacan: una Introducción*. Editorial Amorrortu. Buenos Aires. 1993.
- Herlein L. A. *Psiquiatría Clínica*. World Psychiatric Association. Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. Santiago de Chile. 2000.
- Higa O, Fasolino G. *Catatonia. Propuesta de reubicación nosológica*. Editorial Salerno. Buenos Aires. 1993.
- Highton, E.I., Wierzba, S.M. *La relación médico-paciente. El Consentimiento Informado*. Editorial Ad-Hoc. Buenos Aires. 1991.
- Hinton, J. *Experiencias sobre el morir*. Editorial Ariel. Barcelona. 1974.
- Howells, J. G. *Principios de la Psiquiatría Familiar*. Editorial Paz Montalvo. Barcelona. 1980.
- Insúa, J.A. *Psicosemiología y Psicopatología*. Editorial Columbia. Buenos Aires. 1974.
- Insúa, J.A.; Musacchio de Zan, A., *Psicología Médica, Psicosemiología y Psicopatología*. 1ª edición. Akadia Editorial. Buenos Aires. 2006.
- Inzillo, N.J. *Terapias Alternativas*. Editorial Albatros. Buenos Aires. 1993.
- Jeammet, Ph., Reynaud, M. Y Consoli, S. *Manual de Psicología Médica*. Editorial Masson. Barcelona. 1982.
- Jamison Redfield, K. *An unquiet mind. A memoir of moods and madness*. Vintage Books. New York. 1995.
- Jaspers K. *Psicopatología General*. Editorial Beta. Cuarta Edición. Buenos Aires. 1970.
- Jervis, G. *Manual Crítico de Psiquiatría*. Editorial Anagrama. España. 1977.
- Jenkins, J. *Lo que el psicoanálisis nos enseña*. Lugar Editorial. España. 1983.
- Jufé Gabriela. *Psicofarmacología Práctica*. Ed. Polemos. Buenos Aires. 2001.
- Jung, C. *El hombre y sus símbolos*. . 4ª edición. Luis de Caralt Editor. Barcelona. 1984.

- Kalyna Z. Bezchlibnyk- Butler, Joel Jeffries. *Clinical Handbook of Psychotropic drugs*. Eleventh Edition. Canada. 2001.
- Kandel ER, Schwartz JH, Jessell TM. *Principles of neural science*. Fourth Edition. Mc Graw-Hill. Health Professions Division. New York. 2000.
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J. y Grebb, J.A. *Compendio de Psiquiatría*. Séptima Edición. Williams & Wilkins. Baltimore. 1994.
- Kasanin, J.A. *Lenguaje y Pensamiento en la Esquizofrenia*. 3ª edición. Editorial Hormé. Buenos Aires. 1975.
- Kernberg, O. *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Editorial Paidós. Buenos Aires. 1975.
- Kraut, A.J. *Responsabilidad civil de los Psiquiatras. (En el contexto de la práctica médica)*. Editorial La Rocca. Buenos Aires. 1998.
- Kraut, A.J. *Responsabilidad Profesional de los Psiquiatras*. Editorial La Rocca. Buenos Aires. 1991.
- Kraepelin E. *La demencia Precoz*. Primera parte. Editorial Polemos. Buenos Argentina. 1996.
- Kraepelin E. *La demencia Precoz*. Parafrenias. Segunda Parte. Editorial Polemos. Buenos Aires. 1996.
- Kraepelin E, Kahlbaum K, Hecker E. *La locura maníaco depresiva. La catatonía. La hebefrenia*. Editorial Polemos. Buenos Aires. 1996.
- Kretschmer, E. *Delirio Sensitivo Paranoide*. Editorial Labor. Barcelona. 1959.
- Kretschmer E. *Constitución y Carácter*. Segunda edición. Editorial Labor. Barcelona. 1954.
- Kuper, E.I. *Neurobiología y Comorbilidad del Trastorno de Estrés Postraumático: Un Paradigma Dimensional*. Editorial Polemos. Buenos Aires. 2004.
- Lacan, J. *De la Psicosis Paranoica en sus relaciones con la Personalidad*. Siglo 21 Editores. Buenos Aires. 1976.
- Lacan, J. *El Seminario 3. Las Psicosis*. Editorial Paidós. Buenos Aires. 1984.
- Lacan, J. *Escritos 1 y 2*. Siglo 21 Editores. Buenos Aires. 1979.
- Lagache, D. *Obras I (1932-1938), Obras II (1939-1946), Obras III (1947-1949)*. Editorial Paidós. Buenos Aires. 1982.
- Lagache, D., et al. *Los modelos de la personalidad*. Editorial Proteo. Buenos Aires. 1969.
- Lain Entralgo, P. *Historia de la Medicina*. Editorial Salvat. Barcelona. 1979.
- Laplanche, J. *La cubeta. Trascendencia de la transferencia*. Amorrortu Editores. Buenos Aires. 1990.
- Laplanche, J. y Pontalis, J.B. *Diccionario de Psicoanálisis*. Editorial Labor S.A. Barcelona. 1974.
- Laplaza, F.P. *Objeto y Método de la Criminología*. Editorial Depalma. Buenos Aires. 1954.
- Laurent, E. *Estabilizaciones en las Psicosis*. Editorial Manantial. España. 1989.
- Lemperiere Th. Y Fèline A. *Manual de Psiquiatría*. Toray-Masson, S.A. Barcelona. 1979.
- Leonhard, K. *Clasificación de las Psicosis Endógenas y su Etiología Diferencial*. Editorial Polemos. Buenos Aires. 1999.
- Lévi-Strauss, C. *Las estructuras elementales del parentesco*. Editorial Paidós. Buenos Aires. 1969.
- Liberman, D. *Comunicación y psicoanálisis*. Editorial Alex. Buenos Aires. 1978.
- Linton, R. *Estudio del Hombre*. 12ª reimpresión. Editorial Fondo De Cultura Económica. México. 1982.
- López Bolado, J.D. *Los Médicos y Código Penal*. Editorial Universidad. Buenos Aires. 1981.

- López De Haro, C. *Diccionario de Reglas, Aforismos y Principios de Derecho*. 5ª edición. Editorial Reus. Madrid. 1982.
- Lorenzetti, R.L. *La Responsabilidad por Daños y los Accidentes de Trabajo*. Editorial Abeledo-Perrot. Buenos Aires. 1993.
- Lorenzetti, R.L. *Responsabilidad Civil de los Médicos*. Editorial Rubinzal-Culzoni. Santa Fé. 1986.
- Lorenzetti, R.L., Mosset Iturraspe, J. *Contratos Médicos*. Editorial La Rocca. Buenos Aires. 1991.
- Lowinson, J.H., Ruiz, P., Millman, R. *Substance Abuse a Comprehensive Textbook*. Second edition. Williams & Wilkins. Baltimore. 1994.
- Luján J.A., De La Carcova T. *El Homicidio Emocional*. Editorial Abeledo-Perrot. Buenos Aires. 1996.
- Mackenzie, N. *Ética Profesional y Servicio Hospitalario*. Editorial Intermédica. Buenos Aires. 1974.
- Mahler, M. *El nacimiento psicológico del infante humano*. Editorial Marymar. Buenos Aires. 1977.
- Mangone, C.A., Allegri, R.F., Arizaga, R.L., Ollari, J.A. *Demencia. Enfoque Multidisciplinario*. Ediciones Sagitario. Buenos Aires. 1997.
- Mannoni, M. *De un imposible al Otro*. Editorial Paidós. Buenos Aires. 1985.
- Marco Ribe, J., Martí Tusquets, J.L., Pons Bartran, R. *Psiquiatría Forense*. Salvat Editores S.A. Barcelona. 1990.
- Marianetti, J.E. *Emoción Violenta*. Ediciones Jurídicas Cuyo. Mendoza. 1997.
- Marietan H. *Temas de psiquiatría clínica*. Compiladores Monchablon A, Marietan H, Berrettoni P. Editorial Salerno. Buenos Aires. 1994.
- Marino, P.L. *Medicina Crítica y Terapia Intensiva*. Editorial Panamericana. Buenos Aires. 1993.
- Márquez López Mato, A. et al. *Psiconeuroinmunoendocrinología. Aspectos epistemológicos, clínicos y terapéuticos*. Editorial Polemos. Buenos Aires. 2002.
- Martí Tusquets, J. M. *Psiquiatría Social*. Editorial Herder. España 1976.
- Martínez Ferretti, J.M. Aportes para la Legislación sobre Internación de Enfermos Mentales. *Revista Psiquiatría Forense, Sexología, Praxis*. AAP. Asociación Argentina de Psiquiatras. Año 5 Vol III, Núm 1-9
- Martínez Pereda Rodríguez, J.M. *Responsabilidad Penal del Médico y del Sanitario*. 2ª edición. Editorial Colex. Madrid. 1994.
- May, R. *Amor y Voluntad. Las fuerzas humanas que dan sentido a nuestra vida*. Editorial Gedisa. México. 1987.
- Masotta, O. *Ensayos Lacanianos*. Editorial Anagrama. España. 1976.
- Mayer-Gross, W., Slater, E.Y Roth, M.; *Psiquiatría Clínica I-II*, Segunda Edición. Editorial Paidós. Buenos Aires. 1974.
- Mazzaferro, V. y Saubert, L. *Epidemiología*. Editorial El Ateneo. Buenos Aires. 1976.
- Meeroff, M. y Canioti, A. *Ciencia, Técnica y Humanismo*. Editorial Biblos. Buenos Aires. 1996.
- Miller, J.A. *Elucidación de Lacan*. Editorial Paidós. Buenos Aires. 1998.
- Miller, J.A. *Los Inclasificables de la Clínica Psicoanalítica*. Editorial Paidós. Buenos Aires. 1999.
- Miller, J.A. *Los Signos del Goce*. Editorial Paidós. Buenos Aires. 1998.
- Miller, J.A. *Recorrido de Lacan*. Editorial Manantial. España. 1986.

- Millon, T. *Trastornos de la Personalidad. Más Allá del D.S.M. IV*. Masson S.A. Barcelona. 1998.
- Minuchin, S. *Familia y terapia familiar*. Editorial Gedisa. Buenos Aires. 1982.
- Monchablón A. *Catatonias por neurolépticos. Síndrome Neuroléptico Maligno*. Editorial Andrade. Buenos Aires. 1998.
- Monlau, P.F. *Diccionario Etimológico de la Lengua Castellana*. Editorial Ateneo Buenos Aires. 1941.
- Moieszowicz, J. *Psicofarmacología psicodinámica IV*. Editorial Paidós. Buenos Aires. 1998.
- Moieszowicz, J. y Monczor, M. *Psicofármacos en geriatría*. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. Buenos Aires. 2001.
- Mosset Iturraspe, J. *Responsabilidad Civil del Médico*. Editorial Astrea. Buenos Aires. 1985.
- Mosset Iturraspe, J. *Responsabilidad por Daños*. Editorial Ediar. Buenos Aires. 1986.
- Mucchielli, R. *Introducción a la Psicología Estructural*. Editorial Anagrama. España. 1969.
- Musacchio de Zan, A., Ortiz Fragola, A. *Drogadicción*. Editorial Paidós S.A.I.C.C.F. Buenos Aires. 1992.
- Nasio, J.D. *Cinco Lecciones sobre la Teoría de Jacques Lacan*. Editorial Gedisa Barcelona. 1993.
- Nasio, J.D. *El Magnífico Niño del Psicoanálisis*. Editorial Gedisa. Barcelona. 1985.
- Nasio, J.D. *Grandes Psicoanalistas*. Editorial Gedisa. Barcelona 1996. Tomo 1y 2.
- Neri, A. *Salud y Política Social*. Editorial Hachette. Buenos Aires. 1982.
- Neuman, E. *Victimología*. 2ª edición. Editorial Universidad. Buenos Aires. 1994.
- Niño, L. F. *Eutanasia. Morir con Dignidad*. Editorial Universidad. Buenos Aires. 1994.
- Nichol Jri AM. *The Harvard Guide to Psychiatry*. Third Edition. The Belknap Press of Harvard University Press. Massachusetts. 1999.
- Nolè, J.F.M. *Diccionario de Mitología Universal*. Editorial Comunicación. España 1991.
- Noyes, A.P. y Kolb, L.C. *Psiquiatría Clínica Moderna*. Cuarta Edición. La Prensa Médica Mexicana. México. 1973.
- Núñez, R.C. *Tratado de Derecho Penal*. Editorial Lerner. Buenos Aires. 1978.
- Ocampo, M. y colab. *Las Técnicas Proyectivas y el Proceso Psicodiagnóstico*. Editorial Nueva Visión. Buenos Aires. 1987.
- Osorio, M. *Diccionario de Ciencias Jurídicas, Políticas y Sociales*. Editorial Heliasta. 27ª Edición. Colombia. 2000.
- Palacio, L.E. *Manual de Derecho Procesal Civil*. 10ª edición. Editorial Abeledo-Perrot. Buenos Aires. 1993.
- Palermo, E. *Salud-Enfermedad y Estructura Social*. Editorial Cartago. Buenos Aires. 1986.
- Pandolfi, O. A. *Delitos contra la integridad sexual*. Ediciones La Rocca. Buenos Aires. 1999.
- Pankow, G. *El hombre y su psicosis*. Amorrortu editores. Buenos Aires. 1974.
- Passalacqua, A. y colab. *El Psicodiagnóstico de Rorschach. Sistematización y Nuevos Aportes*. Ediciones Klex. Buenos Aires. 1992.
- Passalacqua, A. y colab. *Los Fenómenos Especiales en Rorschach*. Editorial Cea. Buenos Aires. 1988.
- Patitò JA, Lossetti OA, Guzmán C, Trezza FC, Stingo NR. *Tratado de Medicina Legal y Elementos de Patología Forense*. Editorial Quórum. Buenos Aires. 2003.
- Pereyra, C.R. *Esquizofrenia. Demencia Precoz*. Editorial El Ateneo. Buenos Aires. 1943.

- Pereyra, C.R. *Parafrenia. Delirio Crónico de ideas polimorfas*. Editorial El Ateneo. Buenos Aires. 1943.
- Pereyra, C.R. *Semiología y psicopatología de los procesos de la esfera intelectual*. Editorial El Ateneo. Buenos Aires. 1951.
- Pereyra C. *Semiología y psicopatología de los procesos de la esfera mental*. Segunda Edición Editorial Salerno. Buenos Aires. 1991.
- Pereyra C. *Esquizofrenia. Demencia Precoz*. Edición. Editorial Salerno. Buenos Aires. 1965.
- Pieron, H. *Psicología*. Lexicón Kapelusz. Buenos Aires. 1964.
- Piro, S. *El Lenguaje Esquizofrénico*. Editorial Fondo de Cultura Económica. México. 1987.
- Pommier, G. *Transferencia y Estructuras Clínicas*. Editorial Kliné. España. 1995
- Querol, S. y colab. *Adaptación y Aplicación del Test de la Persona bajo la lluvia*. Editorial Ega. Buenos Aires. 1996.
- Rabinovich-Berkman, R.D. *Responsabilidad del médico. Aspectos civiles, penales y procesales*. Editorial Astrea. Buenos Aires. 1999.
- Riu, J.A., Tavella de Riu, G. *Psiquiatría Forense*. Lerner Editores Asociados S.A. Buenos Aires. 1987.
- Rodriguez, S. *En la Trastienda de los Análisis*. Editorial Letra Viva. Buenos Aires 2001.
- Rojas, N. *Medicina Legal*. Editorial El Ateneo. Buenos Aires. 1959.
- Rojtenberg S. *Depresiones y antidepresivos*. Editorial Panamericana. Buenos Aires. 2001.
- Romeo Casabona, C.M. *El Médico ante el Derecho*. 3ª reimpresión. Editorial del Ministerio de Salud y Consumo. Madrid. 1990.
- Romi, J. C. Las Perturbaciones Sexuales: Reflexiones sobre su delimitación conceptual. *Rev. Neuropsiquiatría y Salud Mental*, 13.(3): 61-64, 1982.
- Romi, J. C. Las Parafilias. Su delimitación conceptual. *Rev. Argentina de Psiquiatría Forense Sexología y Praxis*, 1(1): 45-49, 1994.
- Romi, J. C. Las parafilias: Importancia médico legal. *Rev. de Psiquiatría Forense Sexología y Praxis*, 3(1): 96-111, 1997.
- Romi, J. C. "Sexología médico-legal" en: Segú, H. y col. *Conductas sexuales inadecuadas*. Ed. Lunen-Humanitas. Buenos Aires. 1996. pág. 253-282
- Rosenfeld, H.A. *Estados Psicóticos*. Editorial Hormé. Buenos Aires. 1988.
- Rosenzweig, M.R. y Leiman A.I. *Psicología Fisiológica*. 2ª edición. Editorial Mc Graw Hill/ Interamericana de España. Madrid. 1998.
- Ruesch, J. y Batenson, G. *Comunicación*. Editorial Paidós. Buenos Aires. 1965.
- Rycroft Ch., *Diccionario de psicoanálisis*. Editorial Paidós. Buenos Aires. 1976.
- Salvarezza, L. *Psicogeriatría*. Editorial Paidós. Buenos Aires. 1999.
- Sanmartín, J. *La violencia y sus claves*. Editorial Ariel, S.A. Barcelona. 2001.
- Schatzberg, Alan F., Nemeroff, Charles B. *Essential of Clinical Psychopharmacology*. American Psychiatric Publishing, Inc., Washington D.C. 2001.
- Schneider, K. *Patopsicología Clínica*. 4ª edición. Editorial Paz Montalvo. 1976.
- Schram, W.J. *Psicología Clínica*. Editorial Herder. Barcelona 1975.
- Schneider K. *Las personalidades psicopáticas*. Ediciones Morta. Madrid. Séptima edición. 1974.
- Seva, A. *The Euroean Handbook of Psychiatry and Mental Health*. Editorial Anthropos. Barcelona. 1991.

- Silvestre, M. *Mañana el Psicoanálisis*. Editorial Manantial. Barcelona. 1987.
- Simon, R.I., Sadoff, R.L. *Psychiatric Malpractice*. American Psychiatric Press, Inc. Washington, DC. 1992.
- Singer, E. *Conceptos Fundamentales de la Psicoterapia*. Editorial F.C.E. España. 1969.
- Soler, C. *Estudios sobre las Psicosis*. Editorial Manantial. España. 1991.
- Soler P, Gascón J. *Recomendaciones terapéuticas básicas en los trastornos mentales*. Masson-Salvat Barcelona 1994.
- Solorzano Niño, R. *Psiquiatría Clínica y Forense*. Editorial Temis. Bogotá. 1990.
- Soto Lamadrid, M.A.S. *Biogenética, Filiación y Delito*. Editorial Astrea. Buenos Aires. 1990.
- Stahl S. M. *Psicofarmacología de los Antipsicóticos*. Editor Martin Dunitz Ltd. España 1999.
- Stahl S. M. *Psicofarmacología esencial*. Editorial Ariel Neurociencia. España 1996.
- Stagnaro, J.C. y Bednarz, C. *Diccionario de Psicofarmacología y drogas coadyuvantes de la Clínica Psiquiátrica*. 5ª edición. Editorial Polemos. Buenos Aires. 2005.
- Stiglitz, G.A. *Daños y Perjuicios*. Editorial La Rocca. Buenos Aires. 1987.
- Stiglitz, R.S. y Stiglitz, G.A. *Seguro Contra la Responsabilidad Civil*. Editorial Abeledo-Perrot. Buenos Aires. 1991.
- Stingo, N.R. Normas Éticas y Legales en Salud Mental. *Revista Argentina de Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis*. Año 7, vol. 3 N° 4, abril de 2000. Páginas. 179- 303. Septiembre, de 2000
- Stingo, N.R. *Psicosis. Intervenciones en la Emergencia*. Editorial Interlínea Diseño Gráfico. Buenos Aires. 1991.
- Stingo, N.R., Verduci, J.C.. Aproximación al concepto de conducta normal y anormal. *Revista Argentina de Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis*. Año 8, vol. 4 N° 1, marzo de 2001. Páginas 6-16. Septiembre, de 2001.
- Stingo, N.R., Toro Martínez, E.A., Zazzi, M.C. Responsabilidad Médica en Neuropsicofarmacología. *Publicación Universitaria de Psicofarmacología y Neurociencia*. Año II N°13 Páginas. 17-21. Diciembre de 2001.
- Stingo, N.R., Toro Martínez, E., Zazzi, M.C. Responsabilidad Médica en Neuropsicofarmacología II. *Revista de Psicofarmacología del Grupo Universitario de Psicofarmacología*. Vol 16: 16-21, 2002.
- Stingo, N.R., Zazzi, M.C. Pseudodiscrepancias y discrepancias en los diagnósticos psiquiátricos. En *Cuadernos de Medicina Forense*. Cuerpo Médico Forense de la Corte Suprema de Justicia. Año 1 N° 2 Páginas. 95-111. Agosto de 2002.
- Stingo, N.R. et. al. *Los Trastornos Psíquicos. La Psicopatología en el siglo XXI*. Ediciones Centro Norte. Provincia de Buenos Aires. 2001.
- Suárez Richards, M. *Psiquiatría en Medicina General*. Editorial Polemos. 1ª edición. Buenos Aires. 2004.
- Suárez Richards, M. *Introducción a la Psiquiatría*. Editorial Polemos. 3ª edición. Buenos Aires. 2006.
- Szekely, B. *Diccionario Enciclopédico de la Písiue*. Editorial Claridad. España. 1958.
- Tallis, J. y Soprano, A.M. *Neuropediatría, Neuropsicología y Aprendizaje*. Editorial Nueva Visión. Buenos Aires. 1991.

- Tieghi, O.N. *Tratado de Criminología*. Editorial Universidad. Buenos Aires. 1989.
- Toro-Martínez EA. "Uso Indevido de Sustancias: Aspectos médico-legales". Capítulo de libro. Integrante de la novena parte, *Psiquiatría Médico Legal del Tratado de Medicina Legal y Elementos de Patología Forense*. Editores: Dr. José A. Patito, Oscar A. Lossetti, Dra. Celmina Guzmán, Dr. Fernando Trezza; Dr. Néstor Stingo. Editorial Quórum. Buenos Aires 2003.
- Trigo Represas, F.A. *Responsabilidad Civil del Abogado*. Hammurabi. Buenos Aires. 1991.
- Trigo Represas, F.A. y Stiglitz, R.S. *El Seguro contra la Responsabilidad Civil Profesional del Médico*. Editorial Astrea. Buenos Aires. 1983.
- Umbarger C. *Terapia familiar estructural*. Editorial Paidós. Barcelona. 2001
- Urquijo, C., De Ustarán, J.K. y Milic, A. *Nociones Básicas de Epidemiología General*. Editorial Eudeba. Buenos Aires. 1987.
- Valbuena, H. *Diccionario Latino – Español*. Lib. de Ch. Bouret. París 1926.
- Vallejo, A. *Para una Epistemología del Psicoanálisis*. Editorial Seibal. Barcelona. 1984.
- Vallejo Ruiloba J, Berrios GE. *Estados Obsesivos*. Segunda Edición. Editorial Masson. Barcelona. 1995.
- Vallejo Ruiloba, J. *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría*. Tercera Edición. Salvat Editores. Barcelona. 1992.
- Vander Zanden J. *Manual de Psicología Social*. Editorial Paidós. Barcelona. 1986.
- Varela, O.H., Álvarez, H.R., y Sarmiento, A.J. *Psicología forense*. Editorial Abeledo-Perrot. Buenos Aires. 1993.
- Vazquez Ferreira, R. *Prueba de la Culpa Médica*. Editorial Hammurabi. Buenos Aires. 1991.
- Vazquez Ferreira, R. y Tallote, F. *Derecho Médico y Mala Praxis. Criterios doctrinarios. Selección de jurisprudencia civil y penal*. Editoria Juris. Rosario. 2000.
- Vegh, I. *La Clínica Freudiana*. Lugar Editorial. Buenos Aires. 1984.
- Verdiglione, A. *Locura y Sociedad Segregativa*. Editorial Anagrama. España. 1976.
- Verdiglione, A.G., Deleuze et alter. *Psicoanálisis y Semiótica*. Editorial Gedisa. Barcelona. 1980.
- Verruno, L. et al. *Banco Genético y el Derecho a la Identidad*. Editorial Abeledo-Perrot. Buenos Aires. 1988.
- Ves Losada, A. *Sociología del Derecho*. Editorial Ábaco. Buenos Aires. 1980.
- Vidal, G. Alarcón, R. D. y Lolas Stepke, F. *Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría*. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. 1995.
- Vidal, G. Alarcón, R. D.; *Psiquiatría*. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. 1986.
- Virel A. *Vocabulario de psicoterapias*. Editorial Gedisa. Barcelona. 1985
- Weitbrecht, H.J. *Manual de Psiquiatría*. Editorial Gredos. Madrid. 1970.
- Witthaus, R.E. *Prueba Pericial*. Editorial Universidad. Buenos Aires. 1991.
- Yungano, A. et al. *Responsabilidad de los Médicos. Cuestiones civiles, penales, médico-legales y deontológicas*. Editorial Universidad. 2ª edición. Buenos Aires. 1992.
- Zabala De González, M. *Responsabilidad por Riesgo*. Editorial Hammurabi. Buenos Aires. 1987.
- Zaffaroni, E.R. *Tratado de Derecho Penal. Parte General*. Editorial Ediar. Buenos Aires. 1980.
- Zannoni, E.A. *Inseminación Artificial y Fecundación Extrauterina*. Editorial Astrea. Buenos Aires. 1978.

Zazzali, J.R. *Manual de psicopatología forense*. Editorial La Rocca. Buenos Aires. 2000.

Zenequelli, E. *Qué es el Psicodiagnóstico*. Editorial Ecu. Buenos Aires. 1984.

Zieher L. *Neurofarmacología Clínica*. Segunda Edición. Editorial Librería Ursino. Buenos Aires. 1999.

Zuccherino, R.M. *La Praxis Médica*. Editorial Depalma. Buenos Aires. 1994.

La psiquiatría forense es una disciplina tan antigua como la misma medicina; en constante cambio, evolución y continuamente remozada por nuevos y grandes aportes. A quienes están vinculados con ella, con mucha frecuencia les surgen dudas acerca del significado de términos utilizados en peritajes o dictámenes psicológicos o psiquiátricos. Sin embargo, en la medicina forense, más que en ninguna otra disciplina médica, son imprescindibles las definiciones precisas; tanto para quien expone como para quien recibe la información. En este sentido esta obra resulta particularmente clarificadora. Los autores asumieron el desafío de presentar la materia bajo la forma de diccionario con magistral destreza ya que, poseedores de conocimientos teóricos y de una rica experiencia práctica en el tema, dan a cada término su real y verdadero significado en el contexto de la psiquiatría, la psicología y el psicoanálisis. Este diccionario contiene también valiosa información histórica referida a autores, teorías, corrientes y escuelas, sin descuidar lo atinente a los diagnósticos, la terapéutica y los conceptos médico-legales y constituye una valiosa herramienta para el adecuado manejo de los temas psiquiátrico-jurídicos. Algunos casos podrían ser de responsabilidad profesional. Es importante para los peritos médicos sino, los ligados a la práctica forense y abogados y policías.



editorial
POLEMOS

ISBN 987-9165-73-X



9 789879 165737