



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA

Revisiones · Investigación · Teoría

GACETA DE
PSIQUIATRÍA
UNIVERSITARIA

TEMAS Y CONTROVERSIAS

AÑO 3, VOLUMEN 3, Nº 1 MARZO DE 2007

www.gacetauniversitaria.cl

SUSCRIPCIONES DENTRO DEL TERRITORIO NACIONAL

(incluye envío por correo certificado)

Psiquiatras..... suscripción gratuita
Médicos no psiquiatras \$ 10.000*
Otros profesionales \$ 10.000*

SUSCRIPCIONES EN EL EXTRANJERO

(incluye envío por correo certificado)

Psiquiatras..... US\$ 25*
Médicos no psiquiatras US\$ 30*
Otros profesionales US\$ 30*

Solicitudes

C&C Ediciones

E-mail: cyc@consultoriaycapacitacion.cl

Fono: (56-2) 269 7517

* Suscripción por 1 año (cuatro números).

Si usted es psiquiatra y no ha recibido esta revista, por favor actualice su dirección en el siguiente correo: cyc@consultoriaycapacitacion.cl

Revisiones · Investigación · Teoría

GACETA DE

PSIQUIATRÍA UNIVERSITARIA

TEMAS Y CONTROVERSIAS

DIRECTOR

Dr. Juan Pablo Jiménez de la Jara

EDITOR GENERAL

Dr. César Ojeda

SECRETARIA ACADÉMICA

Ps. Anneliese Dörr

COORDINADORES DE ÁREA TEMÁTICA

Dra. Julia Acuña, Dr. Niels Biedermann, Dr. Ramón Florenzano, Dr. Claudio Fullerton,
Dr. Juan Fco. Labra, Dr. Arturo Roizblatt

BUSCADORES

Dr. Félix Bacigalupo, Dr. Alberto Botto, Dr. Francisco Bustamante, Dr. Pablo Salinas

EDITORES

Ps. María de la Luz Bascuñán, Dr. Jorge Cabrera, Dr. César Carvajal, Dra. Patricia Cordella,
Dra. Susana Cubillos, Dr. Francisco Espejo, Dr. Andrés Estuardo, Dr. Alejandro Gómez,
Soc. Nina Horwitz, Dr. Francisco Huneeus, Dr. Fernando Ivanovic-Zuvic, Dr. Enrique
Jadresic, Dr. Juan Fco. Jordán, Dr. Jaime Landa, Dra. Fabiola Leiva, Dr. Alberto Minoletti,
Dr. Eugenio Olea, Dra. Grisselle Orellana, Dr. Guillermo de la Parra, Dr. Policarpo
Rebolledo, Dr. Pedro Retamal, Dra. Marta del Río, Dra. Graciela Rojas, Ps. André
Sassenfeld, Dr. Hernán Silva, Dr. Luis Tapia, Dr. Benjamín Vicente, Dr. Mario Vidal

www.gacetauniversitaria.cl

Psiquiatría Universitaria

Facultad de Medicina, Universidad de Chile
Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Oriente
Av. Salvador 486
Santiago de Chile
Fono: 274 8855

Representante legal: Jorge Las Heras Bonetto
Edición gráfica, distribución y comercialización: C&C Ediciones

Revista de distribución gratuita a los profesionales psiquiatras

Toda la correspondencia, así como las colaboraciones, se prefiere sean enviadas
electrónicamente al Editor General, Dr. César Ojeda, Email: cojeda@vtr.net

ISSN: 0718-4476 (Versión impresa)

ISSN: 0718-1981 (Versión en línea)



JULIA AMANDA ACUÑA ROJAS

Médica Psiquiatra. Graduada como médico-cirujana de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile en 1977. Título de Especialidad en Psiquiatría de adultos, de la Universidad de Chile en 1980. Estudios

de Postítulo en Psicoterapia sistémica familiar (Instituto Chileno de Terapia Familiar), bioética (Universidad de Chile), administración en salud (USACH).

Miembro de Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, y de Sociedad Chilena de Salud Mental.

Ha trabajado como psiquiatra clínica en Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional del Maule, Instituto Psiquiátrico "José Horwitz", Servicio de Psiquiatría Hospital Salvador, Santiago,

Se ha desempeñado como encargada de Programa de Salud Mental y Psiquiatría del Servicio de Salud Metropolitano Oriente (1991-1995)

Actualmente es Profesora Asistente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, donde realiza docencia de postgrado y pregrado. Directora del Curso oficial de Psiquiatría de Escuela de Postgrado. Directora del Curso de Psiquiatría Comunitaria y Salud Mental, entre otros.

Investigación y publicaciones se han centrado en estudios epidemiológicos nacionales e internacionales, Discapacidad de causa Psíquica, Evaluaciones de impacto de programas nacionales FONADIS y Esquizofrenia MINSAL, Trauma infantil y su impacto en psicopatología del adulto; Subjetividad de los médicos en tiempos de cambio.



FÉLIX BACIGALUPO I.

Médico Psiquiatra, Académico Universidad de Los Andes.



MARÍA LUZ BASCUÑÁN RODRÍGUEZ

Psicóloga, Master of Science (MSc) Universidad de Londres, Diplomada en Bioética Clínica, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Se desempeña como psicóloga clínica de adultos en el Servicio de Salud Mental de la Cámara Chilena de la Construcción y como Profesora Asistente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, en los Departamentos de Psiquiatría y Salud Mental (campus Oriente) y de Bioética y Humanidades Médicas. Realiza actividades de investigación en ambos departamentos y de docencia de pre y post grado en las Escuelas de Medicina, Enfermería, Kinesiología.



ALBERTO BOTTO VALLE

Médico Psiquiatra. Docente del Departamento Psiquiatría Oriente Universidad de Chile.



FRANCISCO JAVIER BUSTAMANTE V.

Médico Psiquiatra. Académico de la Facultad de Medicina y Escuela de Psicología, Universidad de Los Andes.



JORGE CABRERA

Médico Psiquiatra, psicoanalista, Profesor Adjunto de Psiquiatría de la Universidad de Chile. Su especialización en psiquiatría la hizo entre los años 1977 y 1980 en el Departamento de Psiquiatría Oriente de la

Universidad de Chile. Realizó estudios de postgrado en Alemania en la Universidad Libre de Berlín entre los años 1983 y 1987.

De regreso a Chile el año 1987 creó la Clínica de Trastornos del Ánimo del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz, de Santiago. Entre los años 1993 y 1997 completó su formación en el Instituto de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Chilena. En el periodo 2002 y 2004 fue editor de la *Revista Folia Psiquiátrica* de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile. Ha publicado más de 40 trabajos científicos en revistas nacionales e internacionales y es coautor en 7 libros.



CÉSAR CARVAJAL ÁLVAREZ

Médico Psiquiatra. Es Profesor Adjunto de la Facultad de Medicina de la Universidad de Los Andes y Psiquiatra Clínico del Hospital del Trabajador de Santiago. Se graduó en Medicina en la Pontificia Universidad

Católica de Chile y obtuvo su especialización de postgrado en psiquiatría en la misma universidad. Posteriormente tuvo entrenamiento en Psiquiatría Biológica en la Universidad de Navarra (España) y en Rouffach (Francia) en FORENAP (Foundation for Applied Neuroscience Research in Psychiatry). Ha realizado docencia de pre y postgrado en la Pontificia Universidad Católica de Chile, en la Universidad de Chile y en la Universidad de Los Andes. Participó en el Comité Editorial de la *Revista de Psiquiatría Clínica*, fue Editor Psiquiátrico de la *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría* y actualmente participa en el Board de Dialogues in Clinical Neuroscience (Francia). Ex presidente del Comité Chileno de Psiquiatría Biológica. Miembro de la Sociedad Chilena de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, de la Sociedad Chilena de Psiquiatría Biológica y de la Sociedad Española de Psiquiatría. La investigación clínica y las publicaciones se han orientado al estrés postraumático, la depresión y la psiconeuroendocrinología.



MARÍA PATRICIA CORDELLA MASINI

Médica psiquiatra. Psicoterapeuta. Magister en Psicología mención psicoanálisis

Formada en psicoterapia grupal gestáltica, es además terapeuta familiar y de pareja del ICHTF, donde realiza docencia y supervisión a terapeutas en Santiago y regiones. Se desempeña como profesora auxiliar del departamento de Psiquiatría de la Pontificia Universidad Católica de Chile, desarrollando docencia de pre y postgrado en Pediatría, Psiquiatría y Medicina familiar. Es directora del diplomado de trastornos de alimentación de la Pontificia Universidad Católica de Chile y jefa del programa de trastornos de alimentación de la misma universidad. Fundadora y presidenta de la Sociedad para los estudios de los trastornos de alimentación en Chile. Ha participado en múltiples conferencias nacionales e internacionales acerca del mismo tema y ha publicado diversos capítulos de libros, así como artículos en los temas de familia, desarrollo, psicosomática y psicopatología.



SUSANA CUBILLOS MONTECINO

Psiquiatra-psicoterapeuta, formada en el Departamento de Psiquiatría Oriente, Universidad de Chile y en la Unidad de Psicoterapia Psicoanalítica Focal del Hospital Salvador.

Postítulo en Terapia Conductual Dialéctica. Seminarios en el Instituto Wilhelm Reich de Santiago y en la Academia de Medicina Integrativa (Francia). Postítulo y candidata a Magister en Estudios de Género y Cultura en Latinoamérica, de la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad de Chile. Psiquiatra clínica del Centro de Salud Mental Integrado y del Instituto de Seguridad del Trabajo.



GUILLERMO DE LA PARRA CIECIWA

Médico Cirujano Universidad de Chile. Psiquiatra Conacem. Psicoterapeuta. Psicoanalista Asociación Psicoanalítica Chilena y Asociación Psicoanalítica Internacional.

Doctor en Medicina Universidad de Ulm, Alemania. Profesor auxiliar Departamento de Psiquiatría Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile.

Jefe de la Unidad de Psicoterapia Adultos Departamento de Psiquiatría Pontificia Universidad Católica de Chile.

Organizador junto a diversos grupos de trabajo de las unidades de psicoterapia del Servicio de Psiquiatría del Hospital del Salvador, del Instituto Psiquiátrico José Horwitz y del Departamento de Psiquiatría de la Universidad Católica.

Se ha dedicado a la divulgación y al trabajo en investigación empírica en psicoterapia, siendo ex presidente del Capítulo Sudamericano de la Society for Psychotherapy Research y actual coordinador del comité local de dicha sociedad.

Autor de numerosas publicaciones y presentaciones en los temas de psicoterapia, investigación en psicoterapia y psicoanálisis.



ANNELIESE DÖRR ÁLAMOS

Licenciada en Psicología, 5 de noviembre de 1991.

Formación en Psicodiagnóstico Centro de Investigaciones Neuropsiquiátricas, Hospital de Rouffach, Alsacia, Francia (1991-1992).

Psicóloga Clínica acreditada por la Comisión Nacional de Acreditación de Psicólogos Clínicos, 23 de noviembre de 1998.

Especialidad de Terapeuta Familiar. Formación realizada en el Instituto Chileno de Terapia Familiar, 10 de noviembre de 1998.

Especialidad de Terapia de Pareja. Formación realizada en el Instituto de Santiago en Terapia Familiar, 6 de enero del 2000

Magister © en Psicología Clínica Infanto-Juvenil, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile marzo 2002-2004

Diplomada en Bioética ©. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Profesora Asistente, Departamento de Salud Mental, Facultad de Medicina Oriente.



RAMÓN FLORENZANO URZÚA

Formado como psiquiatra en la Clínica Psiquiátrica Universitaria y en los University Hospitals de la Universidad de Carolina del Norte, EE.UU. Especialista en Psiquiatría Universidad de Chile y Diplomado del

Board Americano de Psiquiatría y Neurología. Magister en Salud Pública, Universidad de Carolina del Norte. Doctor en Filosofía (c)

Universidad de Navarra. Formación psicoanalítica en la Asociación Psicoanalítica Chilena y en el UNC/Duke Psychoanalytic Institute.

Miembro Titular Asociación Psicoanalítica Chilena y Asociación Psicoanalítica Internacional. Profesor Titular de Psiquiatría, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y Jefe de Servicio de Psiquiatría, Hospital del Salvador. Profesor Titular de Psiquiatría, Facultad de Medicina Universidad de Los Andes. Decano de la Facultad de Psicología, Universidad del Desarrollo. Miembro Consejo

Editorial *Revista de Psiquiatría Clínica, Revista Chilena de Salud Pública, Revista Chilena de Medicina Familiar*. Fellow en Investigación en Psicoanálisis, University College, Londres. Miembro del Research Advisory Board (RAB), Asociación Psicoanalítica Internacional. Miembro del Comité de Expertos en Salud Mental, Organización Mundial de la Salud, Ginebra.



CLAUDIO DANIEL FULLERTON UGALDE

Médico Psiquiatra, recibido de la Universidad de Chile en 1987. Profesor asistente del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, en donde desarrolla docencia de pregrado en las carreras de medicina y enfermería y de postgrado en el programa de formación de especialistas en Psiquiatría de la Universidad de Chile. También es profesor de Psiquiatría de la carrera de Psicología de la Universidad del Desarrollo. Actualmente integra el equipo de la Unidad de tratamiento de enfermedades del ánimo en el Hospital del Salvador de Santiago de Chile. Ha participado en investigaciones sobre la subjetividad de los médicos en tiempos de cambio, la relación entre trastorno de somatización, personalidad limitrofe y trauma infantil y la investigación sobre síntomas psicológicos en la Atención Primaria, llevada a cabo por la Organización Mundial de la Salud. Ha publicado artículos sobre Psicopatología en pacientes hospitalizados en un hospital general, Comorbilidad de enfermedades médicas crónicas y trastornos psiquiátricos en una población de consultantes en el nivel primario de atención, Epidemiología de los trastornos del ánimo en Chile y Latinoamérica y Antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, además de colaborar en diversas otras publicaciones de otros autores.



ALEJANDRO GÓMEZ CHAMORRO

Obtuvo su título de médico-cirujano en la Universidad de Chile el año 1976, iniciando de inmediato su especialización en Psiquiatría. Académico de la Universidad de Chile desde 1980. Actualmente tiene el nivel académico de Profesor Asociado de Psiquiatría. Ha ocupado diversos cargos, entre ellos el de Director del Departamento de Psiquiatría del Campus Sur de la misma Universidad. Director de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía durante varios periodos. Ha sido investigador principal de dos proyectos FONDECYT acerca de la Conducta Suicida, así como de otros financiados por la Universidad de Chile. Numerosas publicaciones nacionales e internacionales, que han abarcado temas como personalidad y conducta suicida, depresión y suicidio, y manejo de pacientes con riesgo suicida. También ha sido autor de capítulos y artículos relacionados con la Terapia Cognitiva. Es miembro de la International Association of Cognitive Psychotherapy. Diplomado en el Beck Institute for Cognitive Therapy and Research (Philadelphia). Director de numerosas actividades docentes y de formación continua. Director de la Asociación de Terapia Cognitiva (ATEC-Chile), entidad destinada a investigar y difundir la terapia cognitiva.



NINA HORWITZ

Socióloga, Postítulo en Sociología de la Salud.
Postgrados:
 Community Studies, Boston College, Boston, Massachusetts. 1975
 Seminario Licenciatura de Formación en Salud Mental, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile. 1980.
 Fellow, International Leadership Program, W.K. Kellogg Foundation. 1990-1994.
 Diploma en Comportamiento Organizacional, Birkbeck College, University of London. 1996

Diplomado en Bioética, Facultad de Medicina, Universidad de Chile 2001

Magister en Bioética, Universidad de Chile (c).

Cargos y Funciones Académicas:

Profesora Asistente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile
 Coordinadora Unidad de Salud Mental y Estudios Psicosociales, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Campus Oriente, U. de Chile.
 Coordinadora Asignaturas de Humanidades Médicas, Departamento de Bioética y Humanidades Médicas, Facultad de Medicina, Universidad de Chile
 Integrante de la Comisión de Ética de la Facultad de Medicina
 Integrante del Comité Académico del Magister de Salud Pública, Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina

Líneas de Investigación:

Sociología de la Salud, Familia y Salud Mental
 Salud Mental y Subjetividad
 Bioética y Humanidades Médicas



FRANCISCO HUNEEUS COX

Médico Psiquiatra egresado de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile. Comienza su trabajo dedicándose a la investigación básica en el Depto. de Neurobiología del M.I.T., para luego en Chile abocarse a la psicoterapia individual y grupal en la Clínica Psiquiátrica Universitaria, con especial énfasis en la terapia *Gestalt*. Desde la fundación de Editorial Cuatro Vientos en 1974, la que considera una especie de Universidad Abierta –sin barreras, matrícula, ni fotocopias–, como editor y director ha traducido, prologado y publicado numerosos libros que reflejan sus creencias acerca de lo que es estar-en-el-mundo. Además, es ciclista, patrón costero, cornista, trompetista y mecánico de motos pequeñas.



FERNANDO IVANOVIC-ZUVIC R.

Profesor Asociado, Facultad de Medicina, Clínica Psiquiátrica Universitaria, Universidad de Chile.
 Profesor Asociado, Escuela de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.
 Profesor Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile.
 Profesor Escuela de Psicología Universidad La República.



ENRIQUE JADRESIC

Médico Psiquiatra, especializado en el Instituto de Psiquiatría de la Universidad de Londres. Es Profesor Asociado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Past-President de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía (SONEPSYN), y representante de SONEPSYN ante la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA). En la Clínica Psiquiátrica Universitaria fue Jefe de la Unidad de Hospitalización de Mujeres y Subdirector Clínico y, como representante de la psiquiatría y la salud mental, fue miembro de los Grupos de Estudio de Medicina del Fondo Nacional para el Desarrollo Científico y Tecnológico (FONDECYT). Autor y/o co-autor de numerosos trabajos científicos en revistas nacionales e internacionales. Es editor, en conjunto con el Dr. Eduardo Correa, del libro "Psicopatología de la Mujer" y es, además, miembro de los comités editoriales de la *Revista Médica de Chile, World Psychiatry y Trastornos del Anímo*. También es miembro de la Task Force on Evolutionary Psychiatry de la WFSBP (World Federation of Societies of Biological Psychiatry).



JUAN PABLO JIMÉNEZ

Médico Psiquiatra, Universidad de Chile, Doctor en Medicina, Universidad de Ulm (Alemania). Psicoanalista, miembro titular en función didáctica y ex presidente Asociación Psicoanalítica Chilena (APCh) perteneciente a la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA). Primer Presidente (fundador) del capítulo sudamericano de la Society for Psychotherapy Research (SPR). Miembro de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile (SONEPSYN). Ex becado Fundación Alexander von Humboldt. Profesor Asociado, Director Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.



JUAN FRANCISCO JORDAN MOORE

Médico Psiquiatra. Psicoanalista. Se graduó en Medicina en la Universidad Católica de Chile y realizó su formación de post grado en la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile y posteriormente en el Hospital del Salvador e Instituto Nacional Psiquiátrico Dr. Jose Horwitz Barak. Ex Presidente de la Asociación Psicoanalítica Chilena. Miembro de la Sociedad Chilena de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. Ha realizado docencia de pre y post grado en la Universidad de Chile, en la Pontificia Universidad Católica de Chile y en la Universidad Andrés Bello. Realizó su formación psicoanalítica en el Instituto de la Asociación Psicoanalítica Chilena. Ex Presidente de la Asociación Psicoanalítica Chilena de la cual es Miembro Titular con función didáctica. Profesor Titular del Instituto de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Chilena, Miembro Titular de la Asociación Psicoanalítica Internacional, en la cual es actualmente Co-Presidente para América Latina del Comité Internacional de Nuevos Grupos. Miembro del Comité Editorial del International Journal of Psycho-Analysis y Editor Delegado para América Latina. Miembro del Consejo Consultivo de la *Revista de Psicanálisis de Sociedade Psicanalítica* de Porto Alegre y del Consejo Editorial de la *Revista Brasileira de Psicoterapia* del Centro de Estudio Luis Guedes. Numerosas publicaciones en revistas nacionales e internacionales dirigidas a la investigación de diversos aspectos del proceso analítico, desarrollos del concepto de transferencia, la bilógica de Matte Blanco, la relación entre realidad externa e interna, entre otros temas.



JUAN FRANCISCO LABRA JELDRES

Médico Cirujano U. de Chile.
 Médico Psiquiatra U. de Chile.
 Profesor Asistente Fac. de Medicina U. de Chile.
 Formación en Administración de RR.HH. en Salud en PIAS
 Formación en Bioética en U. de Chile
 Formación en Terapia Conductual Dialéctica con Marsha Linehan en USA.
 Subdirector Departamento de Psiquiatría Oriente de la Facultad de Medicina U. de Chile.
 Socio de SONEPSYN.



ALBERTO MINOLETTI SCARAMELLI

Formado como psiquiatra en el Servicio Nacional de Salud y Universidad de Chile, y en la University of Ottawa, de Canadá. Certificado como psiquiatra por el Royal College of Physician and Surgeon of Canada. Participación en diversos programas de psiquiatría social y comunitaria en Chile, Canadá e Italia. Formación clínica en psicoterapias breves y tratamiento de adicciones. Asesor de Salud Mental y AI-

cohol y Drogas del Ministerio de Salud desde 1990 y actualmente Jefe del Departamento de Salud Mental. Consultor en Políticas, Planes y Programas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Miembro de la Canadian Psychiatric Association, American Psychiatric Association, Sociedad Chilena de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, Sociedad Chilena de Salud Mental y Society for the Study of Addiction to Alcohol and other Drugs (United Kingdom). Profesor invitado a cursos de diversas universidades chilenas.



CÉSAR OJEDA

Médico Psiquiatra, ha sido profesor de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile y de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Cursó estudios de Filosofía en la Pontificia

Universidad Católica de Chile. Subdirector y Director de la *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría* y, recientemente, Presidente de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile. Actualmente es Profesor Agregado de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Ha publicado numerosos libros de psiquiatría y psicopatología, como autor y co-autor, así como también una gran cantidad de artículos de fenomenología, epistemología, filosofía y clínica. Entre los libros de su exclusiva autoría destacan "La Esquizofrenia Clásica", Ediciones de la Universidad Católica (1981); "Delirio, Realidad e Imaginación", Ed. Universitaria (1987); "La Presencia de lo Ausente: Ensayo sobre el Deseo", Ed. Cuatro Vientos (1998); "La tercera etapa: Ensayos críticos sobre la psiquiatría contemporánea", Ed. Cuatro Vientos, Santiago (2003).



EUGENIO OLEA B.

Médico-Cirujano de la Universidad de Chile Psiquiatra de la Universidad de Chile Especialista en Psico-Oncología de la Universidad de París V.

Coordinador de Postgrado Unidad Docente Facultad de Medicina de la Universidad de Chile-Instituto Psiquiátrico. Jefe de Sector 7, Instituto Psiquiátrico Consultor Unidades de Cuidados Paliativos y Psico-Oncología, Instituto Nacional del Cáncer. Secretario de la Sociedad Chilena de Psiquiatría Biológica. Afiliado a la WFSBP. Miembro fundador del Colegio Chileno de Neuropsicofarmacología, afiliado al CINP. Miembro de la Sociedad Chilena de Salud Mental. Miembro de la Asociación Chilena para el Estudio del Dolor (ACHED)



GRICEL PAULINA ORELLANA VIDAL

Médica Cirujana. Universidad de Chile. 1979-1985. Especialidad Beca Primaria Ministerial en Psiquiatría de Adultos. Universidad de Chile 1986-1989. Certificado de Especialista otorgado por la Escuela

de Postgrado, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, 1990. Certificado de Especialista acreditado por CONACEM. Título profesional de especialista en Psiquiatría de Adultos, Universidad de Chile 1996. Profesora asistente, Departamento de Psiquiatría y salud mental, Campus sur, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Contralora psiquiátrica COMPIN Sur de la SEREMI de la Región Metropolitana. Estudios de Postgrado: alumna del Magíster en Neurociencias de la Facultad de Medicina de la Universidad de

Chile, 2000-2001. Alumna del Doctorado en Ciencias Biomédicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, 2002-2003. Proyecto de Tesis del mismo Doctorado, 2004. Beca de Arancel del Magíster y del Doctorado de la Universidad de Chile.

Participación activa en diversos cursos y reuniones científicas de Psiquiatría y Neurociencias.

Diversas publicaciones en revistas científicas nacionales e internacionales y capítulos de libros.

Diversas ponencias en congresos nacionales e internacionales, sometidas a referato y publicadas in extenso.

INVESTIGACIÓN: En suicidio en Proyectos Fondecyt N° 1113-91 y N° 1960726. En esquizofrenia en el Proyecto de Tesis.

SOCIEDADES: Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, miembro titular y experta evaluadora de Trabajos de Ingreso a la Sociedad. Asociación Gremial de Profesionales y Expertos en Salud Mental (ACTA). Comité de Psiquiatría Biológica de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. Sociedad de Psiquiatría Biológica, miembro titular. Sociedad Chilena en Neurociencias, miembro titular.

Miembra de la Cognitive Neuroscience Society.



POLICARPO REBOLLEDO MARCHESINI

Realizó sus estudios de Medicina en la Universidad de Chile y luego su especialidad como Médico Psiquiatra también en la misma universidad.

Se desempeña como Jefe de Servicio de Salud Mental del Hospital del Trabajador de Santiago y en la Fundación San Cristóbal.

Pertenece a diferentes sociedades nacionales e internacionales: Sociedad Médica de Santiago

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía

Sociedad Chilena para el estudio del Dolor

Miembro internacional en:

IASP: International Association for the Study of Pain

APA: American Psychiatric Association

McLean Hospital International Psychiatric Society



PEDRO RETAMAL C.

Médico Psiquiatra, Director de la Unidad de Enfermedades del Ánimo del Servicio de Psiquiatría del Hospital del Salvador, Profesor Asociado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y Profesor

de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad del Desarrollo.

Director de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile (periodo 2004-2006), Coordinador del Grupo de Trabajo Enfermedades del Ánimo de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile, Director Médico de la Agrupación de Pacientes Bipolares y Depresivos del Hospital Salvador, Director Médico de la página www.psiquiatriachile.cl, Miembro del Grupo de Psiquiatría de la Clínica Santa María.

Es autor y editor de los siguientes libros: Indicaciones Psicofarmacológicas en la Práctica Médica (1991); Depresión, Diagnóstico y Tratamiento (1992); Tópicos en Enfermedades Afectivas (1993), que corresponden a Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile; Depresión: Guías para el Paciente y la Familia (1998), Editorial Universitaria; Desarrollos en Enfermedades del Ánimo (1999); Avances en Enfermedades del Ánimo (2001), que son Ediciones del Departamento de Psiquiatría, Campus Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile; Enfermedad Bipolar, Guía para el Paciente y la Familia (2001). Depresión, Clínica y Terapéutica (2003), de Editorial Mediterráneo.



ARTURO ROIZBLATT

Médico Psiquiatra, Universidad de Chile Profesor Asistente, Departamento de Psiquiatría Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Miembro del Board of Directors International Family Therapy Association.

Miembro del Comité Editorial del Journal of Family Psychotherapy.

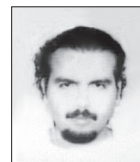


GRACIELA ROJAS

Médica Psiquiatra (Universidad de Chile). Doctora en Ciencias Médicas (Universidad Johann Wolfgang Goethe, Frankfurt, Alemania).

Profesora Asociada. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Actualmente, Directora Clínica Psiquiátrica Universitaria, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.



PABLO SALINAS T.

Médico Psiquiatra. Egresado de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile, Sede Occidente, Hospital San Juan de Dios. Post graduado en psiquiatría adultos de la escuela de Medicina de la Universidad de

Chile, Sede Oriente, Hospital del Salvador.

Miembro invitado de la Unidad de Enfermedades del Ánimo del servicio de Psiquiatría del Hospital del Salvador.

Profesor de cátedra de psiquiatría, Universidad Bolivariana.



ANDRÉ MICHEL SASSENFELD JORQUERA

Psicólogo, U. de Chile. Magíster© en Psicología Clínica Analítica Jungiana, U. Adolfo Ibáñez. Diplomado en Psicología Jungiana, Pontificia U. Católica de Chile. Formación adicional en psicoanálisis relacional y psi-

coterapia corporal. Profesor Instructor Fac. Odontología U. de Chile. Profesor ayudante Dpto. Psicología, Fac. Ciencias Sociales, U. de Chile. Académico Escuela de Psicología U. del Pacífico. Integrante Equipo Clínico Humanista-Existencial, CAPs, U. de Chile. Integrante del Grupo de Estudios Cuerpo y Vínculo, que imparte un curso formativo en psicoterapia corporal relacional.



HERNÁN SILVA IBARRA

Médico Psiquiatra. Profesor Titular de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Miembro del Sub Comité de Magister en Neurociencias de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Miembro del

Comité Editorial de *World Journal of Biological Psychiatry*. Estudió Medicina en la Pontificia Universidad Católica de Chile y obtuvo la especialización en Psiquiatría en la misma universidad. Efectuó estadía de perfeccionamiento en la Universidad Complutense de Madrid. Ha sido Director de la Clínica Psiquiátrica Universitaria (Departamento de Psiquiatría Norte de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile), Profesor Adjunto de la Pontificia Universidad Católica de Chile, Editor de la *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría* y Presidente del Comité Chileno de Psiquiatría Biológica. Sus investigaciones y publicaciones se orientan principalmente al estudio de las bases neurobiológicas de la esquizofrenia, trastornos del estado de ánimo y de la personalidad.



LUIS TAPIA VILLANUEVA

Médico Psiquiatra Universidad de Chile.
Terapeuta Familiar y de Pareja.
Docente y Supervisor Unidad de Terapia de Pareja, Instituto Chileno de Terapia Familiar.

Supervisor Clínico, Unidad de Psicoterapia de Adultos, Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Católica.
Miembro de la Society for Psychotherapy Research.
Miembro de la International Society for Humor Studies.
Editor de la *Revista de familias y Terapia*. Instituto Chileno de Terapia Familiar.



BENJAMÍN VICENTE

Profesor Titular y Director del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción.

Jefe Servicio Psiquiatría, Hospital Guillermo Grant Benavente, de Concepción.
Bachiller en Filosofía (Universidad de Concepción)
Médico Cirujano (Universidad de Chile)
Médico Especialista en Psiquiatría de Adultos (Universidad de Concepción)
Doctor en Filosofía (PhD) (Epidemiología y Psiquiatría Social) (Universidad de Sheffield U.K.).



MARIO VIDAL CLIMENT

Estudios en Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Título: médico-cirujano, marzo de 1952.
Beca en psiquiatría (Hospital Psiquiátrico): 1952-1955.

Ayudante Cátedra Extraordinaria de Psiquiatría Prof. A. Roa: 1958-1965.

Profesor Asociado de Psiquiatría (Facultad de Medicina, Universidad de Chile).

Director Departamento Psiquiatría y Salud Mental División Sur, Facultad de Medicina, Universidad de Chile (desde enero de 2003).

Libros publicados:

"El hombre inconcluso" (relaciones entre pobreza y desarrollo personal). Edit. Cintras 1988.

"Temas de Psiquiatría". Edit. Lom 1999

"Para leer a Jaspers". Edit. Univ. 2003

ÍNDICE

9 EDITORIAL

- 9 ALFABETIZACIÓN EPISTEMOLÓGICA
César Ojeda

12 ESCRÍBANOS

- 13 BREVES
Francisco Bustamante

- 14 RESONANCIAS NUCLEARES
ASIGNACIÓN DE RECURSOS
Por Pu-Edser

16 ACADÉMICAS

22 COMENTARIO DE LIBROS

- 22 ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA: CLÍNICA Y TERAPÉUTICA
Editores: Rosa Behar Astudillo y Gustavo Figueroa Cave
Editorial Mediterráneo, Santiago, 247 pp.
Comentarista: Eduardo Correa

- 26 MARTIN HEIDEGGER Y EL CAMINO HACIA EL SILENCIO:
ENSAYO DE CRÍTICA FILOSÓFICA
Autor: César Ojeda Figueroa
C&C Ediciones, Santiago, 2006
Comentarista: Hernán Villarino

- 29 SOBRE LA HOMOSEXUALIDAD
Editores: Beatriz Zegers, María Elena Larraín y Francisco Bustamante
Editorial Mediterráneo, Santiago, 2007, 317 pp.
Alfonso Pola

33 ENTREVISTA DE GACETA DE PSIQUIATRÍA UNIVERSITARIA

- 33 OTTO KERNBERG:
¿QUÉ HACE A UN BUEN ANALISTA Y A UN BUEN PSICOTERAPEUTA?
Chanda Rankin

39 SIMPOSIO INTERNACIONAL: “EVOLUCIÓN Y PSIQUIATRÍA CONTEMPORÁNEA”

- 39 INTRODUCCIÓN
Enrique Jadresic

- 41 ¿ES LA DEPRESIÓN UNA ADAPTACIÓN U OPORTUNIDAD?
Hernán Silva

- 47 CONSIDERACIONES EVOLUTIVO-ADAPTATIVAS DE LA ENFERMEDAD
BIPOLAR
Pedro Retamal, Pablo Salinas, Carla Contreras

- 53 ANÁLISIS EVOLUCIONARIO DE LA ANGUSTIA
César Ojeda

- 58 TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD DESDE LA PERSPECTIVA
EVOLUTIVA
Sergio Valdivieso

- 65 MARCADORES BIOLÓGICOS EN PSIQUIATRÍA: ¿SÓLO UN ESPEJISMO?
Jaime Santander

- 71 NEUROBIOLOGÍA, EVOLUCIÓN Y EXPERIENCIA ESTÉTICA
Enrique Jadresic

80 ANÁLISIS CLÍNICO

- 80 FORMAS, METAFOR(m)AS Y TEXTO TERAPÉUTICO
Patricia Cordella

88 CONTROVERSIA

- 88 VIGENCIA DEL MODELO COMUNITARIO EN SALUD MENTAL:
TEORÍA Y PRÁCTICA
Manuel Desviat

97 TEORÍA

- 97 FENOMENOLOGÍA PSICOANALÍTICA Y TRAUMA TEMPRANO EN LA
PERVERSIÓN. UN ENFOQUE BI-LÓGICO INTEGRADO
Juan Pablo Jiménez

ALFABETIZACIÓN EPISTEMOLÓGICA

Fritiof Capra, autor de conocidos libros como *The Tao of Physics* (1975), *The Web of Life* (1996) y *The Hidden Connections* (2002)¹, entre otros, desarrolla en California una curiosa disciplina que denomina “Ecoliteracy” (alfabetización ecológica), dedicada a una educación orientada hacia una vida sustentable en el planeta. Esta alfabetización en ecología es notable, en la medida en que Capra es un excelente ejemplo de la conjunción de diversas disciplinas en un objetivo común. Estudió física en Austria, y luego se radicó en Estados Unidos. En la década de los años 1980 las teorías de la complejidad emergieron como una potente alternativa frente al pensamiento lineal que ha ocupado a la humanidad desde hace centurias. Tal pensamiento clásico no sólo es un tema teórico sino que ha influido directamente en la manera en que concebimos nuestro lugar en el mundo y en la que desarrollamos conceptos acerca de la vida, la comunidad, el conocimiento y las instituciones sociales. Desde la física de partículas, la teoría del caos y de la complejidad, Capra inició su diálogo con la biología y posteriormente con las ciencias sociales. Sus interlocutores han sido personas notables: Pier Luigi Luisi, Brian Goodwin, Lyn Margulis, Francisco Varela, Gerald Edelman, George Lakoff, Mark Swilling, William Med, Margaret Wheatled, Humberto Maturana y muchos más. Desfilan en esta lista biólogos, sociólogos, educadores, políticos y ecólogos, entre otros.

De lo que se trata es de entender la naturaleza de la vida, de la mente, de la conciencia y de las estructuras sociales, y en ese intento todos tienen cabida. La globalización no es más que la tardía constatación de los sistemas de redes que forman la trama de todo cuanto conocemos. Para Capra esta comprensión, epistemológicamente ampliada, es la que puede otorgar sentido a los seres humanos a partir de ahora. Sin em-

bargo, creemos que esta tarea recién comienza y, por lo mismo, presenta una gran fragilidad, corriéndose el riesgo de iniciar el camino con buenas intenciones y terminar en una controversia estéril. Parece necesario un paso previo: encontrar referentes semánticos provisionarios que permitan avanzar en el diálogo, y esta tarea se presenta llena de dificultades. Especialmente si se intenta lo que se ha llamado “integración vertical”, en la que se subentiende un sistema jerárquico de fundación entre distintas disciplinas, como por ejemplo: física, química, biología, comportamiento, estructuras sociales y cultura. Estas jerarquías, sin embargo, no son sólo un tema epistemológico sino que encierran fuertes conflictos de poder. Y desde allí, el diálogo es de sordos, puesto que el tema de la dominancia y la subordinación hiera la inteligencia y la sensibilidad de casi todas las disciplinas, y, por lo mismo, genera respuestas emocionales de gran violencia.

GPU viene presentando a los lectores este problema desde hace cuatro ediciones en relación con la psiquiatría comunitaria. Héctor Madariaga, Hernán Villarino, Joaquín Gaete², y en el presente número el español Manuel Desviat, han dado muestras de hacer de la discrepancia una oportunidad de ampliar la comprensión en este campo de la psiquiatría. Creo que ellos, como los lectores, reconocen que cada uno de esos trabajos ha agregado algo inesperado y antes inadvertido a los esquemas de comprensión habituales.

Leda Cosmides, dedicada a la psicología evolucionaria³, habla de “integración conceptual” como alternativa a la “integración vertical” antes mencionada, la que ha dado importantes frutos en las ciencias naturales,

¹ Capra F. *The Tao of Physics*, Shambala, Boston, 1975; *The Web of Life*, Anchor/Doubleday, New York, 1996; *The Hidden Connections*, Anchor, 2002.

² GU 2005; 1;3: 307-312; GU 2006;2;1: 47-54; GU 2006; 2;3:273-276; GU 2006;2:482-491.

³ Ver entrevista a Leda Cosmides en GU 2005;1;2:137-143. Para una ampliación, Cosmides, L. *The Adapted Mind: Evolutionary Psychology and the Generation of Culture*. Oxford University Press, New York, 1992.

y ha favorecido una mejor narrativa de los eventos del mundo y del universo. La mayor virtud de esta forma de integración es su capacidad de usar el conocimiento proveniente de otras disciplinas para resolver interrogantes en la propia. Por ejemplo, la teoría atómica permitió que la química entendiera la termodinámica de una manera diferente, manera que daba una mejor explicación para fenómenos hasta entonces frágilmente explicados. En las disciplinas que podemos llamar intermedias, como la psicología y la psiquiatría, puesto que tienen un pie en la biología y el otro en el comportamiento individual y social, el problema las atraviesa por el medio. Justamente porque tienen un "medio", porque son algo así como campos de intersección. Tal vez por eso la fecundación que el psicoanálisis ha realizado en la biología, o que la biología ha realizado en la psicología, o que la física ha realizado en el tema de la conciencia, tengan aún el aspecto un poco torpe e impulsivo que caracteriza todo lo adolescente. Sin embargo, eso *está ocurriendo*. Caben entonces las preguntas: ¿Cómo entiende un neurobiólogo el psicoanálisis? ¿Cómo entiende un psicoanalista la neurobiología? ¿Cómo entiende un psiquiatra los fenómenos sociales? ¿Cómo entiende un psicoterapeuta los fenómenos del apego en los mamíferos? ¿Cómo entiende un psicólogo la genómica, y cómo un biólogo la cognición? ¿Cómo entiende un sociólogo el comportamiento, o un antropólogo la evolución de la vida en

el planeta? Creo que la respuesta es: la entienden de manera insuficiente. Porque, en términos generales, es muy difícil dominar el lenguaje de todas esas disciplinas y, especialmente, sus axiomas o supuestos angulares.

Por eso estamos hablando de alfabetización epistemológica. ¿Qué dice un sociólogo cuando habla de biología o de naturaleza? ¿Qué dice un psiquiatra o un psicólogo cuando habla de sociedad y de cultura? Por cierto no se trata de hacer un diccionario de uso universal, como ha intentado la psiquiatría con el lenguaje clínico y con resultados caóticos. Se trata de alfabetizar y alfabetizarse para poder leer el texto de cada disciplina en el contexto que le corresponde y bajo los supuestos que lo fundan.

GPU acaba de realizar el primer simposium de reflexión universitaria, con la participación de psicoanalistas, psiquiatras, sociólogos, antropólogos y clínicos. El tema fue el género, los avatares clínicos y sociales de la masculinidad y la feminidad. Como señaló la socióloga Teresa Valdés en una notable síntesis al final de la jornada, al principio le pareció una torre de Babel, pero luego algunas ventanas permitieron mirar a través. Comparto, y los otros participantes también, esa sensación. De aprender un idioma y enseñar otro; de ser maestro y discípulo, al mismo tiempo.

CÉSAR OJEDA

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

1. Los trabajos deben ser escritos en castellano (en inglés o alemán si el autor desea ser traducido al castellano), pueden ser inéditos o haber sido publicados en medios de baja circulación (libros, revistas u otros). En los casos que corresponda (contrato de exclusividad), deben contar con la autorización correspondiente. El formato es tamaño carta, letra Arial 12 con 1,5 espacios de separación entre líneas. La extensión es libre. Se sugiere no exceder las 20 páginas. Los trabajos deben ser enviados sólo en forma electrónica al Editor General: cojeda@vtr.net
2. Las colaboraciones pueden tener la forma de artículo tradicional, cartas, comentarios, opiniones, ensayos, ideas y otros. En el caso de los artículos de formato tradicional es preferible que las referencias sean las estrictamente necesarias, las que deben seguir el orden de aparición en el texto, y atenerse a la siguiente pauta si son señaladas con números:

Artículo:

1. López C. La imipramina en la enuresis. *Rev Chil Neuropsiquiatría* 2004; 30; 3: 25-29

Libro:

1. Jaspers K. *Psicopatología General*. Ed Beta, Madrid, 1970

3. Si las referencias son señaladas en el curso del texto con el nombre del autor y el año, este último deber ir después del nombre:

- López C. (2004) *Rev Chil Neuropsiquiatría*, 30; 3: 25-29
- Jaspers K. (1970) *Psicopatología General*, Ed Beta, Madrid

Sólo los títulos de libros van en cursiva.

4. En el caso de otro tipo de colaboraciones (como ensayos o comentarios), las referencias (de haberlas) y las notas pueden ir al pie de página con numeración correlativa, respetando la diferencia entre libro y artículo^{1,2}.
5. Se sugiere, si cabe, iniciar el artículo con un resumen en castellano (e inglés si el autor lo desea) con la estructura que el autor estime más conveniente para el tema tratado. Los escritos no tradicionales no necesitan resumen.
6. Los editores se comunicarán personalmente con los autores a efectos de cualquier sugerencia, y se reservan el derecho de rechazar una colaboración por fundamentos que deben ser comunicados por escrito al autor.
7. Los trabajos recibidos podrán ser publicados, además de en los números regulares de la *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, en suplementos y/o separatas de la misma revista.

¹ Capra F. *The Hidden Connections*. Doubleday, New York, 2002

² Angst J, Hochstrasser B. Recurrent Brief Depression: The Zurich Study. *J Clin Psychiatry* 1994; 55:3-9

ESCRÍBANOS

Si usted desea dar su opinión, comentar algún artículo o referirse a cualquier aspecto de Gaceta de Psiquiatría Universitaria, por favor escribanos a: cojeda@vtr.net



Estimado Dr. Ojeda:

Le agradezco la oportunidad de haber podido publicar en GPU, en especial por el fructífero diálogo 'controversial' que ha suscitado. Las comillas van porque creo que son más los acuerdos que las discrepancias. Para mantener estas conversaciones con los autores u otros interesados en el tema me permito publicar aquí mi dirección electrónica (jgaetes@gmail.com).

Con respecto al excelente artículo publicado en el número de diciembre de GPU por el Dr. Villarino, quisiera comentar brevemente mi acuerdo acerca de la insensatez de considerar científico un modelo inflexible, como lo es el mentado modelo biopsicosocial. Más insensato aún –y peligroso– me parece abogar por un cientificismo democrático (por eso hablaba yo de un metamodelo). Comparto plenamente la concepción de una razón comunicativa como una forma de argumentación y nunca como un tribunal de la razón pura que juzgue qué argumentos son válidos y cuáles no. En este sentido, creo que la manera de argumentar, y especialmente las preguntas que nos plantea el texto del Dr. Villarino nos invitan a seguir pensando, debatiendo y actuando en esta materia. Algunas preguntas me siguen resonando y las comparto en esta breve misiva: ¿es posible incorporar la razón comunicativa a la psiquiatría comunitaria, o más ampliamente,

a las intervenciones en salud mental? ¿qué juego(s) de lenguaje es(son) el(los) que articula(n) el sentido de estas prácticas? ¿es el juego de la (alguna) ciencia el único válido (pragmáticamente)? ¿perseguiamos sólo pretensiones científicas de verdad (o salvación)? ¿hacemos ciencia al servicio del hombre como fin en sí mismo? ¿la persona es periférica al sistema? Y por último, ¿cuál es nuestro horizonte, nuestra intervención de la salud (mental)?

Muchas gracias de nuevo por este espacio de conversación y apertura al diálogo.

Joaquín Gaete Silva.



Barranquilla, 2007-02-20

Dr. César Ojeda
Editor General
Gaceta de Psiquiatría Universitaria

Reciba un cordial saludo.

He conocido su revista a través del colega y amigo Juan Carlos Martínez Aguayo, quien amablemente me la presentó a través del artículo escrito por él y el Dr. Silva: "El año más depresivo de los antidepresivos", aparecido en el número de septiembre 2006.

Como le comenté al colega Juan Carlos, mi impresión ha sido altamente positiva por la solidez y seriedad con que abordan cada uno de los temas tratados y le solicité a él la posibilidad de tenerla como referencia bibliográfica.

En la actualidad me desempeño como presidente nacional de la Asociación Colombiana de Psiquiatría Biológica (2006-2008), tenemos una página web cuyo sitio es: www.psiquiatriabiologica.org.co, y si las cosas pueden darse de parte de Uds. sería bueno crear un link para que nuestros asociados pudieran consultar su revista que enriquecerá nuestro interés y saber académicos.

En lo personal me agrada tener la oportunidad de disfrutar la suscripción a través del método que Uds. elijan en el papel o a través de medios virtuales. Mi dirección en Colombia es:

Barranquilla / Carrera 44 #95 A 57 casa # 8.
Mi e-mail es: hmolinello5@yahoo.es

Agradeciendo la colaboración que Uds. le puedan dar a la presente solicitud.

Atentamente,

Humberto Molinello B.
M.D. Psiquiatra
Presidente Asociación Colombiana
de Psiquiatría Biológica

Francisco Bustamante¹

EL NÉMESIS DE CANNABIS

Desde hace un buen par de años que sabemos que la marihuana se asocia a un mayor riesgo de desarrollar síntomas psicóticos a futuro, y que este riesgo aumenta exponencialmente a mayor frecuencia y cantidad (1, 2). También que su consumo está asociado a una escalada en el uso de drogas más “duras” (3).

Sin embargo nadie se había planteado la posibilidad de una asociación entre marihuana y síntomas maníacos hasta la aparición de los resultados del estudio NEMESIS (Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study) realizado en Holanda (4). Dicho estudio destaca por su pulcra metodología y una gran muestra a nivel nacional aplicando la entrevista estructurada CIDI a 5.618 personas entre 18 y 64 años de la población general, para volver a aplicarla 3 años después (acordémonos que el uso de marihuana no está penalizado en Holanda, por lo que se evita el sesgo de ocultar el consumo).

Sus objetivos fueron comprobar:

- Si el consumo basal de cannabis es factor de riesgo para desarrollar síntomas maníacos
- Si la asociación de cannabis con síntomas maníacos es independiente de la aparición de síntomas psicóticos
- Si los síntomas maníacos predicen consumo de marihuana (hipótesis de la automedicación)

La prevalencia de vida para síntomas maníacos (no de trastorno afectivo bipolar) fue del 4%. Después de ajustar los resultados por sexo, edad y otras variables socio-demográficas, se obtuvo un *odds ratio* de 2,7 (IC de 95%: 1,54 – 4,75) para cualquier frecuencia de consumo. Esto quiere decir que una persona que consume marihuana tiene un riesgo de casi 3 veces más de

desarrollar síntomas maníacos versus una que no, riesgo que puede aumentar hasta 6,94 veces si consume con una frecuencia de 3-4 “pitos” a la semana.

También se observó que la presencia de síntomas maníacos no predice el consumo de marihuana, descartando la hipótesis que los maníacos consumirían marihuana como una forma de “controlar” sus síntomas.

Con respecto a la asociación entre manía y psicosis, cannabis se comporta como un factor independiente para ambos tipos de síntomas, pero compartido, lo cual podría sugerir una comorbilidad tanto a nivel sintomático como de patologías.

Estos resultados confirman lo pernicioso que puede resultar el consumo de marihuana desde el punto de vista psicopatológico

1. Arendt M, Raben *et al.* Cannabis-induced psychosis and subsequent schizophrenia-spectrum disorders: follow-up study of 535 incident cases. *Br J Psychiatry* 2005; 187: 510-515
2. Arseneault L, *et al.* Causal association between cannabis and psychosis: examination of the evidence. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 110-117
3. Linskey MT, *et al.* Escalation of drug use in early-onset cannabis users vs co-twins controls. *JAMA* 2003; 289: 427-433
4. Henquet C, *et al.* Cannabis use and expression of mania in the general population. *Journal of Affective Disorders* 2006; 95: 103-110

TEC Y AMNESIA ¿SÍ O NO?

Reconozco que siempre he tenido la duda. Cuando mis pacientes me preguntaban qué efectos adversos podía tener la TEC (Terapia Electro-Convulsiva) siempre les contestaba que es más seguro que viajar en auto, pero que podía tener algunos efectos sobre la memoria. ¿Cuánto? y ¿a qué nivel? Había leído muchos artículos que se contradecían por lo que no podía responderles con validez científica.

Pues bien, Harold Sackeim, de la Columbia University y quien cuenta a su haber con numerosísimos artículos sobre la TEC, publicó el primer artículo diseñado para evaluar los efectos de ésta a largo plazo.

Este consistió en un estudio prospectivo multicéntrico en 7 hospitales de Nueva York, en el cual se evaluó el estatus cognitivo y memoria biográfica (MMSE, ítem del Stroop, la figura de Rey, etc.) 3-6 días después de la terapia y, posteriormente, una segunda evaluación a los 6 meses.

Sobre un total de 347 pacientes, con un promedio de edad de 56,7 años y en su mayoría con diagnóstico de trastorno afectivo resistente a farmacoterapia, los efectos sobre la memoria a 6 meses no fueron buenos. Ciertos elementos mejoraron, pero otros empeoraron; por ejemplo, aumentó la amnesia retrógrada previa a la TEC.

Estos resultados fueron muy dispares entre los distintos centros, lo cual se explica por los distintos métodos y máquinas utilizados para realizar la TEC. Los peores resultados se obtuvieron con máquinas que aplican un estímulo eléctrico en forma sinusoidal versus las que emiten pulsos cortos. También influye la colocación de los electrodos: la modalidad bilateral (ej. Bi-parietal) debe ser desaconsejada y preferir la unilateral derecha. Otro de los factores es la magnitud de la energía aplicada: las mujeres requieren menos que los hombres, elemento que muchas veces no es considerado.

Respecto a predictores de amnesia retrógrada: Un elevado número de sesiones de TEC, pacientes mayores y pacientes con menor coeficiente intelectual.

Los autores concluyen recomendado usar máquinas que emitan pulsos breves (no sinusoidales) y colocar los electrodos en forma unilateral derecha (pero en esta modalidad hay que usar un poco más de energía). Con esto disminuye el riesgo de que el paciente presente amnesia retrógrada.

1. Sackeim HA *et al.* The Cognitive Effects of Electroconvulsive Therapy in Community Settings. *Neuropsychopharmacology*, 2007; 32: 244-254

HOLLYWOOD Y LA PSIQUIATRÍA (SEGUNDA PARTE)

Hace un par de días fui a ver al cine “Los Infiltrados” (The Departed) de Martin Scorsese, con las actuaciones de Leonardo di Caprio, Matt Damon y Jack Nicholson (quien

¹ Universidad de Los Andes.

se “luce” cada vez que hace de malvado). Si usted está esperando un comentario sobre esta película, no lo encontrará en este artículo. Sólo lo saco a colación a raíz de un artículo de NM Gharaibeh que comenté en junio del 2006 que muestra lo mal parados que salimos los psiquiatras y psicólogos en las películas de Hollywood.

“Los Infiltrados” no es la excepción. Brevemente, consiste en la historia de un mafioso que se infiltra en la policía de Boston (Damon) para ayudar a su jefe (Nicholson), y a un policía que se infiltra en esa mafia (Di Caprio) con el fin opuesto. Como era predecible, Damon establece una relación sentimental pero con una

psiquiatra (Vera Farmiga) del departamento de policía sólo con el fin de ganar “status”; la cual también es conquistada por Di Caprio manteniendo una relación paralela. Esto que ya parece mucho (la psiquiatra está “gorreando” a alguien) hay que agregar que Di Caprio era paciente de ella y en la primera consulta se muestra muy agresivo y exigiendo “Valium” (diazepam). Ella no fue capaz de controlar al furioso Di Caprio, y terminó persiguiéndolo por los pasillos para entregarle la receta, ante lo cual nuestro héroe –ni corto no perezoso– la invita a tomar un café. La psiquiatra acepta de inmediato, y el resto puede usted imaginárselo.

La psiquiatra es un personaje secundario con escasa relevancia en la historia, y que, además, se comporta como lobotomizada. Mis preguntas son ¿por qué tenía que ser una psiquiatra? Y si “necesariamente” tenía que ser una psiquiatra ¿por qué la muestran soberanamente incompetente y con nulos principios éticos? ¿Por qué la APA no reclama?

Ante esto no puedo dejar de ponerme paranoide al recordar el artículo de Gharaibeh, porque claramente se observa una tendencia que, querámoslo o no, influye en la visión que la sociedad se forma de nosotros.

Y ahora, ¿quién podrá defendernos?

RESONANCIAS NUCLEARES

ASIGNACIÓN DE RECURSOS

por Pu-Edser

Cleverio y Fluyama fueron designados para la “Comisión de Intervenciones Mentales de Aspecto Preventivo, Perentorio y Característico” que fue conocida como CIA-PPC y que, para poder acortar los tiempos del decir y escribir, fue conocida como CIA (la mental).

Dicha comisión debía poner en acción un Plan Nacional que terminara, de una vez, con esos vergonzosos índices nacionales de depresión y estrés, información que circulando por el mundo echaba a perder el turismo nacional. Muy hermosos sus lagos, muy altas sus montañas, pero nadie quiere estar de vacaciones en un país con riesgo de salud mental. “Usted sabe –había dicho el presidente del Turismo Internacional– todo lo mental se pega y como todavía no hay vacunas ante conceptos patologizantes, no sería recomendable recorrer países con contaminación mental”. Esta sola intervención había bajado la entrada de dólares turísticos y la fuente de trabajo de más de 500.000 habitantes, alertando a las autoridades de la oficina respectiva. Por

orden del ejecutivo, salud debía intervenir en la economía. La comisión estaría presidida por dos psiquiatras de orientaciones distintas, ya que la presidenta conocía de las antinomias en estas zonas del padecer humano.

Uno de ellos sería Cleverio, un connotado psiquiatra con doctorado en California y con interesantes contactos internacionales en el ámbito de la neurociencia. Había trabajado con Davidson, un estudioso de la gestualidad humana que, junto a Ekman, había logrado vender su mapa de caras y posicionarlo tan bien como instrumento de investigación que fue comprado por la Microsoft para incluirlo dentro de un nuevo Windows-Face capaz de reconocer al dueño y sus estados emocionales, saludándolo al encender la pantalla con un “¡Hi John! Hoy te veo cansado, tal vez necesitas una siesta o visitar ese sitio de música que tanto te gusta. Aquí lo abro para ti...”. El software tuvo tanto éxito que los científicos casi ganan el Premio Nobel del Ocio, novedoso reconocimiento a las nuevas tendencias humanas. Diagnosticar psicopatología utilizando la musculatura facial como índice de severidad, que había sido el sentido de esta investigación, quedó olvidado. Cleverio se había retirado del círculo aquel, cuando los científicos se encontraban clasificando imágenes cerebrales y comparándolas con la musculatura. Al fin, los dueños del conocimiento eran ellos, los fundadores del laboratorio en California, y habían vendido

muy bien, desplazando a los ayudantes latinos del negocio central que es el traspaso de la tecnología al mercado. Por ese puente sólo cruzan los iluminados y ellos eran hispánicos y oscuros. Así, habiendo danzado en la global aldea de la ciencia aplicada, Cleverio había regresado a la vida provinciana de su patria. En ese país, caído al mar, no quedaba más que afirmarse de la cordillera para no desplomarse. La cordillera era la consulta privada, no los vaivenes de las mareas científicas que mojan la orilla pero no ayudan a la cosecha.

Cleverio sabía que para jubilarse necesitaba aumentar su APV (ahorro provisional voluntario) y por mucho que investigara éste no crecería con FONDECYT, así es que a otra lucecilla la palomilla y viró hacia el trabajo del menudeo clínico. Ahora, lo que hacía para sacarle lustre a lo aprendido: Daba algunos seminarios del tema que lo mantenían conectado con sus colegas y que les entretenía parte de los congresos, porque, en realidad, ninguno de ellos usaría esas tecnologías: no estaban en este pequeño país y la verdad es que todos sabían perfectamente distinguir entre una gestualidad depresiva y una catatónica o entre una demencial y una obsesiva. No era necesario tener pruebas tangibles de la transferencia de datos musculares, pues el registro en la propia mente existía tan claro como cualquier imagen computarizada, e incluso más. A eso se le llamaba clínica ya hacía seis (6) siglos y se sabía

operaba muy bien como método diagnóstico en la medicina y las artes de la cura y sanación. Todavía era posible ejercer esa clase de medicina que surge entre personas que entran en contacto con el fin de socorrer a una de ellas. No era necesario intermediar y probar con metales lo que las formas biológicas, tibias y viscosas, podían capturar con tanta facilidad. Cleverio, por lo tanto, aparecería como científico duro pero, como muchos, hacía clínica blanda, es decir, la clínica de las biología que enactúan sin intermediarios binarios. La bio-percepción y la bio-memoria no son comparables con las de un ordenador, por muy potente que éste sea, sencillamente porque el ordenador utiliza una inteligencia artificial básica de dos guarismos y el cerebro utiliza lógicas complejas más allá de las fuzzy.

El otro directivo sería Fluyama, un connotado terapeuta con experiencias diversas. Había trabajado en el flujo de la conciencia con monjes tibetanos y podía reconocer, sin que mediara más de un segundo, los diferentes estados por los cuales un ser humano deviene presencia. Era capaz de sintonizar las más diversas configuraciones mentales conscientes o inconscientes. Para Fluyama el contacto con un ser humano dispuesto a ser explorado en sus incongruencias (voluntad expresa, aunque no siempre cierta, de los pacientes "psi") lo disponía en la alerta de un sabueso. Para dar con la clave de acceso utilizaba su intuición (arma secreta de la inteligencia), de modo que las mayores complejidades quedaban al descubierto luego de que Fluyama se dejara configurar por el orden lógico de la mente cercana.

En su operar terapéutico conocía configuraciones de todo tipo: las simuladas de los evitadores; las copiadas de los infantiles; las seductoras de los narcisos; las plagiadas de los psicópatas; las reproducidas en serie, de los adolescentes intermedios; las repetidas de los presos de un mito; las oscilantes e inestables de los dependientes. Cada configuración tiene, decía en sus seminarios, un acceso con o sin clave y varias puertas de salida que suelen ser puntos ciegos para el paciente. El terapeuta, una vez dentro, puede reconocer el engranaje y los elementos de la percepción (preceptos) que organizan dicha configuración. La configuración de la conciencia, aseguraba

Fluyama, es la base del proceso hipnótico-neurótico que mantiene al paciente hechizado (parado, varado, bloqueado) en sí mismo. Lo peor de las hipnosis es que se hace orgullosamente personalidad, se personaliza: "¡Soy esta configuración de conciencia preferente!" declara cada persona. Persona que es, a su vez, una mascarada comunitaria aceptada que permite asencilar, poner en fácil, la complejidad de un humano. La tarea del terapeuta es encontrar las puertas de salida a la hipnosis. Estas puertas están ocultas, como en un video-juego, entre pliegues y laberintos de la conciencia.

Encontrada la puerta de salida, el paciente tiene esa sensación pedestre de "caída de teja" como si algo se desplomara desde las alturas y se fracturara en la caída. La versión más poética de la misma sensación es la de una burbuja que estalla y desaparece. Perdido el tornasol hipnótico de la pompa, que antes fluía a través de la atmósfera siguiendo esa cadencia lenta de lo leve, el paciente gana en amplitud. La mirada ahora, sin el cautiverio de la pompa frágil, queda libre para mirar en los 180 grados el paisaje vital y el paciente se siente iluminado con un nuevo saber.

Fluyama era un estudioso de las neurociencias vivenciadas. Acceder a la coherencia de un sistema neuronal engrillado en la cultura pertinente lo inspiraba hasta el paroxismo. Él mismo había sido intervenido por sus maestros y había sentido la resistencia al cambio. Él mismo sabía que el acceso estaba en la línea de lo paradójico, es decir, donde la lógica pierde su efecto aritmético y cae a los silogismos de la hierba como Watzlawick los había bautizado. Por eso usaba abundantemente el humor y se lo escuchaba frecuentemente reír. Lo contagioso de la risa permitía, por momentos, el contacto íntimo y la sintonía con un otro. Ingresando de esta forma al sistema neuronal del paciente, le era muy fácil reproducir palabras, sentimientos y escenas. Esta capacidad empática era la que le permitía organizar la experiencia del paciente en particulares imágenes y escenas. Le bastaba escuchar la voz del paciente para estar nuevamente en su escena familiar, rodeado de sus objetos.

Fluyama tenía un doctorado en percepción sensorial y extrasensorial que había realizado en una Universidad Nipona.

Su hobby era estudiar la historia de este pueblo milenario y entender asuntos tan lejanos a occidente como la complejidad de una sociedad basada en el honor. Para Fluyama es el cuerpo la sede de la vida y no la mente. La mente, pensaba, era tan solo una creación del cuerpo que permitiría entrar en contacto con otros cuerpos sin necesidad de estar tocándose como las hormigas, que lo hacen todo el tiempo, para reconocerse o coordinarse en un sentido. La mente es, decía, uno de los instrumentos más útiles que hemos creado. Y como todo instrumento hay que tenerlo calibrado para poder medir y tomar decisiones adecuadas según sus medidas. El problema, insistía, es que se trata de un instrumento imperfecto muy fácil de descalibrar, especialmente si tuvimos malos maestros. Los maestros de iniciación son nuestro padres en el arte de hacer y calibrar el instrumento y aprendemos de ellos a oscilar en cierto rango, pero si ellos no tienen buenos métodos o si en su instrumento escasean los rangos o no fueron centrados en el correcto y disparan hacia cualquier punto de oscilación, estamos fritos, a no ser que encontremos un afinador profesional. Fluyama creía que su oficio (no le parecía profesión algo que se transmite por tradición oral y corporal) era un oficio milenario que estaba cobijado bajo el paraguas científico, pues era imposible colarse en las mentes sin un certificado de auténtica verdad que sólo la ciencia otorgaba. Cada conocer era interrogado para obtener la visa y tenía que aprobar con una serie de números significantes que constituían su pasaporte al ejercicio válido del oficio. Los maestros de la calibración usan diferentes artificios para lograr su objetivo. Unos proporcionan pócimas y otros insisten en el aprendizaje.

El asunto era entonces poner a trabajar en conjunto esta comisión que, además de estos dos profesores, estaría constituida por: un representante de los depresivos nacionales; uno de alcohol, drogas y otras adicciones (que representaba a más del 60% de la población nacional y que por lo mismo buscaba un escaño en el congreso) y, para no ser menos, un representante de los obesos y adeptos a la comida que decidieron estar presentes dado el carácter "preventivo, perentorio y característico" que la comisión le daría a las medidas y

la permanente duda si lo que ellos tenían desregulado no sería, finalmente, también este aparataje mental.

La primera reunión de la comisión se realizó sin la asistencia del representante de drogas que se encontraba en sesión de rehabilitación por recaída y sin el representante de los depresivos que decidió marginarse aduciendo que esto no servía para nada y que nunca cambiaría la situación en el país, se hiciera lo que se hiciera. Por lo tanto se sesionó con los dos psiquiatras y el obeso mórbido en el restaurante “Caminito que el tiempo ha borrado” sin lograr demasiadas conclusiones puesto que el gordito, con dos psiquiatras enfrente, decidió ampliar (le gustaba ampliarlo todo) sus traumas, los infantiles y los posteriores, y los psiquiatras no pudieron ponerse de acuerdo si indicar un anorexígeno o enviarlo siete veces por semana a un analysis –emergency (nuevo método que prometía y aún no se sabía si cumplía).

Ahora que Cleverio y Fluyama estaban frente a frente, el flujo comunicacional no fue fácil: ni uno ni otro quería aparecer agresivo, desconfiado o excesivamente dialéctico, pero, ni uno ni otro, daba un pucho por los postulados del oponente, de modo que, para evitar el conflicto, se dedicaron a conversar acerca de las primeras recetas de cerveza, que eran de cebada, hechas por los anglosajones, aún bárbaros del antiguo imperio romano en decadencia, y llegó la amanecida.

Con la luz del fuego solar ascendiendo, los miembros activos de la CIA (la mental) se despidieron hasta una nueva reunión. Cada uno caminando hacia su casa pensó lo mismo: las naciones ya no se asientan en los valles o las montañas, ni tan siquiera en los tratados políticos que delimitan su parte del planeta. Lo que ahora existe son las naciones-nociones, es decir, uno es ciudadano de culturas que traen modelos para estar ejerciendo el oficio de vivir. Esto va más

allá del oficio con el cual nos ganamos la vida. Uno es finalmente ciudadano de una noción de ser. Y luego rieron aceptando la diversidad: ¡¡pero hombre, se imaginaron diciendo: Como alguien que se ve tan inteligente y simpático puede creer en esas cosas!! Así la Comisión fue fundada en la duda de uno por el otro y así siguió sesionando intentando acoplarse para prevenir los quiebres mentales. Un real quebradero de cabezas había sido amarrado y desataría más de una controversia, lo cual, al menos a los observadores, divertiría por un tiempo. No es posible juntar el día y la noche porque son necesarios los opuestos para producir el movimiento o más bien el movimiento produce opuestos diría un tiempo después el rehabilitado de drogas en un momento de lucidez. La convivencia entonces, se resignificó, como la capacidad de ponerse-oponerse a trabajar en conjunto. Como se dijo en un discurso de cuentas anuales, la comisión, señores, se menea, cómo se menea...

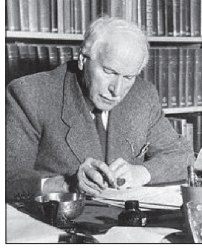
ACADÉMICAS

FORMACIÓN EN PSICOTERAPIA CORPORAL RELACIONAL 2007-2008

La psicoterapia corporal relacional es una integración original de un conjunto de conocimientos y experiencias que se encuentra en vías de desarrollo. Es un intento de ubicar el quehacer psicoterapéutico en el campo de interacción constituido por la corporalidad y los vínculos. Sus influencias incluyen la psicoterapia corporal, el psicoanálisis relacional, teoría del apego e investigación de infantes, psicoterapia humanista, neurociencias y neurobiología, y las prácticas contemplativas.

Duración del curso:	2 años
Metodología:	Teórico-experiencial
Dirigido a:	Psicólogos, psiquiatras y otros profesionales de las áreas salud y educación
Fecha de inicio:	Abril 2007
Requisitos:	Entrevista previa
Docentes:	Ps. Marcela Araneda, Ps. Leila Jorquera, Ps. André Sassenfeld
Información:	www.cuerporelacional.cl / contacto@cuerporelacional.cl

Auspiciado por la Sociedad Chilena de Salud Mental



MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

PSICOLOGÍA ANALÍTICA JUNGUIANA 2007- 2008

Mención Clínica y Mención Teórica

Universidad Adolfo Ibáñez

MAGÍSTER CLÍNICO

- Busca desarrollar competencias y habilidades propias del quehacer terapéutico.
- Reconocido por la Comisión Nacional de Acreditación de Psicólogos Clínicos y es conducente a la Acreditación como Especialista en Psicoterapia.
- Reconocido como plan mínimo para la formación de futuros Analistas Junguianos, miembros de la International Association for Analytical Psychology (IAAP)
- Patrocinado por: Grupo de Desarrollo C. G. Jung Chile (IAAP) (www.iaap.org) y Fundación Chilena de Psicología Analítica C. G. Jung (www.fundacioncgjung.cl)

El Programa le permitirá acceder a una formación de nivel de Magíster, en ambas menciones, y a un entrenamiento de habilidades y competencias necesarias para el desempeño en Psicoterapia en la mención Psicología Clínica.

Objetivo	<ul style="list-style-type: none">- Entregar y actualizar conocimientos para una formación en Psicología Clínica a través del modelo y metodología de la Psicología Analítica.- Desarrollar y entrenar las habilidades y aptitudes terapéuticas necesarias para la práctica de la psicoterapia analítica Junguiana.- Generar una conciencia ética en el ámbito profesional que respete la individualidad del ser humano y sus posibilidades de desarrollo.
Dirigido a	<ul style="list-style-type: none">- Mención Psicología Clínica: Licenciatura o Título Profesional en Psicología. Médicos especializados en Psiquiatría. Becados en Psiquiatría. Alumnos de Psicología de la UAI, con nivel de Licenciatura.- Mención Estudios Teóricos: Profesionales de otras áreas que deseen profundizar en los aportes universales del conocimiento de la Psicología Analítica Junguiana.
Requisitos	<ul style="list-style-type: none">- Licenciatura o Título Profesional obtenido en Universidades Nacionales.- Licenciatura de Universidades Extranjeras, previa convalidación por parte de los organismos oficiales pertinentes determinados por la Dirección del Magíster y la Universidad Adolfo Ibáñez.
Estructura	<ul style="list-style-type: none">- La estructura curricular considera una sólida formación teórico-práctica, el entrenamiento y desarrollo de habilidades terapéuticas, lugar de atención de pacientes, supervisión en grupos pequeños, y experiencias de taller para el desarrollo de la personalidad del terapeuta.
Clases	<ul style="list-style-type: none">- Mención Clínica: Marzo 2007 a Diciembre 2008- Mención Teórica: Abril 2007 a Diciembre 2008
Horario	<ul style="list-style-type: none">- Tres días presenciales intensivos al mes: Jueves y Viernes de 15 hrs. a 19:30 hrs., y Sábado de 9:00 a 17:30 hrs.- Supervisión Quincenal de casos en grupos pequeños.- La práctica clínica requiere de horas adicionales para la atención de pacientes.
Valor	UF 300 Magíster Clínico UF 260 Magíster Teórico
Lugar de Realización	Diagonal Las Torres 2460, Peñalolén, Santiago (La UAI cuenta con Buses de acercamiento gratuito para alumnos)
Directora Magíster	Ps. Mariana Arancibia, Analista Junguiana. marianaarancibia@manquehue.net
Para mayor información	María Eugenia Abarca: Teléfono: (2) 6754516 E-mail: maria.abarca@uai.cl www.uai.cl



Seminario Internacional

**DIARIO OFICIAL
DE LA REPUBLICA DE CHILE**
N° 38.677 DEL 31 DE ENERO DEL 2007

*Incluye en el ADGG, Trastornos Mentales y
Conductuales debidos al consumo de alcohol y
drogas en personas menores de 20 años.*

ACTUALIZACION en ADICCIONES

27 y 28 de Marzo 2007
Hotel Radisson
Salón América
Avda Vitacura 2610



Símbol Boiva: 2601 - Teléfonos: 2 259 8364 - 2 264 7462 - 2 225 5478 - Núcleo - Santiago - e-mail: alfa@alfaadicciones.cl - www.alfaadicciones.cl



CENTRO CHILENO DE SEXUALIDAD HUMANA

ORGANIZA



SANTIAGO

12 AL 14 DE ABRIL DE 2007

I JORNADAS MULTIDISCIPLINARIAS DE SEXUALIDAD HUMANA

**HOTEL INTERCONTINENTAL
Salón Norteamérica
Av. Vitacura 2885, Las Condes**

TEMAS

- ✍ Sexualidad y Ciclo Vital
- ✍ Causas de origen médico, ginecológicas y urológicas de las disfunciones sexuales
- ✍ Últimas investigaciones epidemiológicas sobre sexualidad en Chile
- ✍ Trastornos de la Personalidad y las Disfunciones Sexuales
- ✍ Masculinidad y Orientación Sexual
- ✍ Panorama General de las Disfunciones Sexuales y sus tratamientos
- ✍ Diagnóstico y tratamiento de las disfunciones sexuales en la mujer múltipara (SVA)
- ✍ Teoría Constructivista del Deseo Sexual
- ✍ Abuso sexual: una Mirada Psicoanalítica
- ✍ Neurosis-Perversión: Un problema con dos caras
- ✍ La Sexualidad en la Adolescencia
- ✍ Terapia Cognitivo Conductual de Matrimonios no Consumados
- ✍ La Edad de los Sentimientos
- ✍ Sexualidad humana: una perspectiva evolutiva
- ✍ Perversiones y Perversidades

MESA REDONDA DEBATE: ÉTICA Y SEXUALIDAD

TALLERES

(Paralelos, cupos limitados, Inscríbase con anticipación)

1. Una mirada clínica y jurídica a las disfunciones sexuales
2. Respuesta sexual
3. Tratamientos de fertilidad y su impacto en la vida sexual de la pareja
4. Abuso sexual infantil y conductas de riesgo para VIH en adulto
5. Técnicas corporales y sexualidad
6. Proceso terapéutico en una pareja con disfunción sexual (coterapia)

CONFERENCISTAS

- ✍ Dr. Marcelo Bianchi (Ginecólogo, C. Las Condes)
- ✍ Dr. Ricardo Capponi (Psiquiatra-Psicoanalista APCH)
- ✍ Jaime Coloma (Psicólogo, U. Católica)
- ✍ Isabel Domínguez (Psicóloga, C. Las Condes)
- ✍ Dr. Gabriel Dukes (Psiquiatra)
- ✍ Carmen Gloria Fenieux (Psicóloga-Psicoterapeuta)
- ✍ Odette Freundlic (Kinesióloga, C. Las Condes)
- ✍ Dr. Ari Fuhrmann (Urólogo, Dipreca)
- ✍ Dr. León Guindín (Psiquiatra-Sexólogo)
- ✍ Dr. Juan Pablo Jiménez de la Jara (Psiquiatra)
- ✍ Dr. Roberto Ruiz (Psiquiatra-Psicoanalista)
- ✍ Dra. Adela Herrera (Geriatra, C. Las Condes)
- ✍ Dr. César Ojeda (Psiquiatra, Profesor U. de Chile)
- ✍ Dr. Alex Oksenberg (Psiquiatra-Psicoanalista)
- ✍ Dr. Danny Oksenberg (Gastroenterólogo, J.J. A.)
- ✍ Dra. Irma Palma (Psicóloga, U. de Chile)
- ✍ Dr. Jacq Pardo (Ginecólogo, C. Las Condes)
- ✍ Dr. Raúl Riquelme (Psiquiatra-Psicoanalista)
- ✍ Dr. Andrés Sciolla (Psiquiatra, Univ. California)
- ✍ Dr. Christian Thomas
- ✍ Dr. Juan Yáñez (Psicólogo, U. de Chile)
- ✍ Cecilia Lefevre (Psicóloga, C. Las Condes)
- ✍ Dra. Magdalena Rivera (Med. General)
- ✍ Fanny Muldman (Psicóloga, C. Las Condes)

INSCRIPCIONES E INFORMACIONES

Fonos: 777 8051 – 479 3461

Fax: 738 2503

Mail: centrodesexualidad@gmail.com

PATROCINAN:

- ✍ Departamento de Psicología Facultad de Ciencias Sociales, Univ. de Chile
- ✍ Sociedad Chilena de Salud Mental

VALORES

Médicos	\$ 50.000
Profesionales no Médicos	\$ 40.000
Estudiantes y Becados	\$ 25.000
Socios de la Soc. Chilena de Salud Mental	\$ 25.000



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE POSTGRADO

CURSO REGULAR

NEUROCIENCIAS Y NEUROPSICOFARMACOLOGÍA: UNA VISIÓN DESDE LA CLÍNICA

ABRIL-OCTUBRE 2007

Descripción: este curso nace como una iniciativa conjunta del Instituto de Ciencias Biomédicas (ICBM), del Departamento de Ciencias Neurológicas y de Psiquiatría Oriente con el fin de entregar conocimientos actualizados en neurociencias básicas, fisiopatología y farmacología necesarios para un mejor entendimiento y abordaje terapéutico de las enfermedades psiquiátricas y neurológicas.

Objetivos específicos:

1. Estudio de la organización funcional del sistema nervioso central.
2. Estudio de los procesos causantes de las principales enfermedades neurológicas.
3. Estudio de los procesos causantes de las principales enfermedades psiquiátricas.
4. Estudio de los mecanismos de acción de los principales psicofármacos.

Metodología: Clases expositivas

Profesores encargados: Prof. Mario Herrera-Marschitz, MD PhD; Prof. Ricardo Maccioni PhD;
Prof. Andrea Slachevsky, MD PhD; Prof. Grisel Orellana MD PhD(c)

Docentes: Académicos del Programa de Farmacología Molecular & Clínica, ICBM, del Departamento de Ciencias Neurológicas Oriente y del Departamento de Psiquiatría Oriente. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Lugar: Auditorio de la Escuela de Postgrado, segundo piso, de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Avda Independencia 1027. Santiago.

Día y horario: Sábado por medio, de 9 a 13 hrs.

Fecha de inicio: 14 de Abril

Fecha de término: 27 de Octubre

Dirigido a: Psiquiatras y neurólogos

Certificación y aranceles: Según requisitos de la Escuela de Postgrado de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Para mayor información: grisel.orellana@gmail.com

UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA
CASILLA 92-V - VALPARAÍSO
FONO/FAX: (32) 2508550

POSTÍTULO

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: CLÍNICA Y TERAPÉUTICA

ORGANIZA: Departamento de Psiquiatría, Universidad de Valparaíso
AUSPICIA: Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile
Asociación de Terapia Cognitiva (ATEC-Chile)
FECHA: Julio a Diciembre de 2007
HORARIO: Viernes 14:00 a 19:00 horas y Sábados 09:00 a 14:00 horas. Dos encuentros mensuales
LUGAR: Laboratorio Andrómaco, Avda. Libertad 1405 of. 2002, Viña del Mar, y Av. Quilín 5273, Peñalolén, Santiago
Laboratorio Saval, 2 Norte 1187, Piso 3, Viña del Mar
CERTIFICACIÓN: 80% Asistencia
DIRIGIDO A: Interesados con título profesional o grado académico
OBJETIVOS: Adquisición de destrezas en el reconocimiento, prevención y manejo terapéutico de los trastornos de la conducta alimentaria
VALORES: *Matrícula:* \$ 35.000
Arancel: \$ 665.000
CÓDIGO SENCE: ARANCELES DIFERENCIADOS
DIRECTORES: Dra. Rosa Behar A. y Dr. Gustavo Figueroa C.
INFORMACIONES: Sra. Carmen Maldonado
(Departamento de Psiquiatría, Universidad de Valparaíso, Subida Carvallo 200, Playa Ancha, Valparaíso, Fono/Fax: (32-2508550), E-mails: catedra.psiquiatria@uv.cl y rositabehar@vtr.net
INSCRIPCIONES: Srta. Aída Moraga
(Dirección de Postgrado, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso, Hontaneda 2653, Valparaíso, Fono: (32-2507330), Fax: (32-2507321)

CONTENIDOS

- MÓDULO CLÍNICA I
- MÓDULO TERAPÉUTICO
- MÓDULO CLÍNICA II
- TALLERES

DOCENTES:

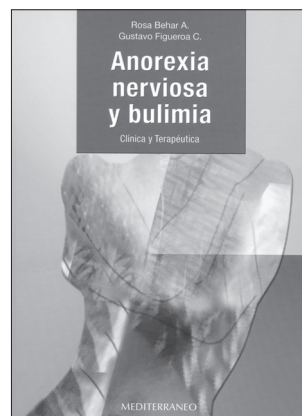
- ROSA BEHAR (Psiquiatra)
- MARÍA ISABEL GAETE (Psicóloga)
- VERÓNICA NAVARRO (Ginecóloga)
- PATRICIA RENTERÍA (Psiquiatra)
- MARÍA ANGÉLICA SOTO (Nutricionista)
- CAROLINA IBÁÑEZ (Psiquiatra)
- GUSTAVO FIGUEROA (Psiquiatra)
- ALEJANDRO GÓMEZ (Psiquiatra)
- REGINALD REES (Psiquiatra)
- MÓNICA SANGÜESA (Psiquiatra)
- PATRICIA TAPIA (Psiquiatra)

COMENTARIO DE LIBROS

ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA: CLÍNICA Y TERAPÉUTICA

Editores: **Rosa Behar Astudillo y Gustavo Figueroa Cave**
Editorial Mediterráneo, Santiago, 247 pp.

(Rev GPU 2007; 3; 1: 22-25)



Eduardo Correa¹

La cultura parece incidir decisivamente sobre la corporalidad. El sobrepeso fue considerado en muchas culturas antiguas como signo de salud, belleza y poder, quizá por la gran dificultad existente para acceder de forma abundante a los alimentos. Los banquetes de la antigüedad, donde se comía y bebía con exageración, tenían un carácter sagrado y el vómito era un recurso usual para poder reiniciar la ingesta. Anorexia significa literalmente falta de apetito. Lo opuesto al “saludable” sobrepeso lo constituye en cierta medida la restricción voluntaria de los alimentos, conducta que se asocia originalmente a lo religioso. Los cristianos y los místicos han practicado el ayuno con frecuencia como penitencia y forma para lograr un estado espiritual más elevado. En este punto ha sido difícil separar lo patológico de lo místico. ¿Cuándo supone un riesgo para la salud o cuándo no hay un interés superior a la obsesión en torno a un determinado esquema corporal? Desde la Edad Media existen antecedentes sobre la anorexia. Acaso la más egregia anoréxica de la historia sea Santa Catalina de Siena, religiosa de la tercera orden Dominica, nacida en 1347. Desde muy temprano, en su corta vida, mantiene una estricta delgadez y desde la adolescencia sólo se alimenta de hierbas y pan.

Las primeras referencias descritas en textos médicos aparecen en el siglo XVI. En esa época comien-

zan a aparecer datos sobre personas que presentan inanición y conductas restrictivas con la alimentación, las que son vistas como anómalas, socialmente alteradas y sin justificación religiosa. Tras el Renacimiento, inspirado en la armonía pitagórica y el ideal clásico de lo bello, se produce un vuelco en la idea de la belleza. Se concibe el cuidado del rostro y del cuerpo a partir del modelo clásico/griego y desaparece el canon medieval, dando paso a modelos de belleza más permisibles. Leonardo, respetando reglas geométricas euclidianas, establece diagramas precisos de la “figura ideal”, ordenada en proporciones, que parcelan el cuerpo de la cabeza a los pies, como se observa en el *Hombre de Vitruvio*.

Con el Romanticismo aparece más de una perspectiva de belleza, destacando dos corrientes, a saber: la “musa romántica” de escritores y poetas, cuyo encanto radica en “parecer enferma o sufriente”, su fisonomía es débil, su semblante pálido y abatido, con rostro de tísica y una delgadez exagerada. Este modelo de belleza, derivado de la corriente de la novela gótica de finales de siglo XVIII, es seguido con devoción por las mujeres de la elite artística, que se asocia a genialidad y talento. Para adelgazar las mujeres ingieren vinagre como única bebida. Iris Luna, prestigiosa psiquiatra colombiana estudiosa de esta materia, señala una segunda tendencia

¹ Universidad de Chile.

de la época, la de las damas burguesas, donde triunfa la rotundidad de la silueta.

A fines del siglo XIX, en el año 1893, se describe un caso de anorexia tratado con hipnosis. Un año más tarde se postula dicha enfermedad como una psiconeurosis de defensa o neurosis de la alimentación con melancolía. A principios del siglo XX la anorexia nerviosa empieza a tratarse desde un punto de vista endocrinológico; así, en 1914, un patólogo alemán refiere el caso de una paciente caquética a quien al hacerle la autopsia se le encontró una destrucción pituitaria. Ello explica que durante los siguientes años existiese una confusión entre insuficiencia pituitaria y anorexia nerviosa. A partir de los años 1930, la anorexia nerviosa pasa a estudiarse principalmente desde el punto de vista psiquiátrico, quedando en el olvido las antiguas discusiones acerca del origen endocrino o psicológico del trastorno. Las explicaciones de esa época se encuentran muy influenciadas por los modelos psicoanalíticos que predominaban en ese momento. Más recientemente, el modelo bio-psico-social y el eclecticismo dominantes en la psiquiatría americana imponen una mirada pragmática desde donde se conduce gran parte de la investigación más reciente en estas patologías.

El término alimento procede del latín *alimentum* y posee a lo menos dos claras acepciones. La primera consiste en el “conjunto de cosas que el hombre y los animales comen o beben para subsistir”; una segunda apunta a “la cosa que sirve para mantener la existencia de algo que, como el fuego, necesita de pábulo”. En ambos sentidos, “alimentación” hace siempre referencia a algo fundamental, indispensable e insustituible. En la biología la alimentación es un proceso radicalmente fisiológico. En el hipotálamo se ubican los centros del hambre y saciedad, los que, a través de la corteza cerebral, coordinan y correlacionan las percepciones de los órganos sensoriales, el almacenamiento de los recuerdos de experiencias pasadas y la relación de este comportamiento con el mundo exterior del sujeto. Todo ello con el objetivo de conseguir alimento. Sin embargo, en nuestra especie, la alimentación no es sólo un proceso mecánico. El desarrollo psicológico parece estar influido por la alimentación. Desde el seno materno el niño aprende sentimientos de seguridad, bienestar y afecto. La relación del alimento con éstos y otros afectos dura y se va desarrollando a través de toda la vida, motivo por el cual ciertos sentimientos, como el dolor, la ansiedad, la depresión y el desamparo, podrían influir en los procesos de alimentación.

Cada necesidad fisiológica parece tener una temporalidad propia. Como urgencia biológica los alimentos sólidos se asocian con un apremio temporal que se

expresa en un tiempo medido en semanas o meses, los líquidos bebestibles los relacionamos con una temporalidad vivida en días o algunas semanas, mientras que la falta de aire, que transporta lo más necesario, lo más preciado y lo único insustituible, es vivenciada por todos de manera casi idéntica, sin variaciones interpersonales. El aire tiene la urgencia temporal de minutos, y quizás por eso es que, a diferencia de las necesidades anteriores, no se desarrolla patología psíquica en relación a él.

El alarmante y progresivo incremento de los trastornos de la conducta alimentaria es una antigua y permanente preocupación de Rosa Behar Astudillo, Profesora Titular de Psiquiatría de la Universidad de Valparaíso, quien ha dedicado parte importante de su labor académica a su estudio, investigación, tratamiento y divulgación. Ella postula que dicho incremento pareciera estar relacionado con una sociedad donde se utiliza el cuerpo como un pasaporte al logro de un estatus social, y la figura esbelta se valoriza positivamente como sinónimo de éxito, poder, valía, atractivo e inteligencia. Al mismo tiempo, nuestra cultura homologa negativamente la gordura con enfermedad, fealdad, flojera, incapacidad e ineficiencia, y discrimina negativamente a los sujetos con sobrepeso u obesos. El rechazo al sobrepeso determina que se genere francamente una insatisfacción en torno a la imagen corporal. Implícita y explícitamente se transmite dicho mensaje construyendo la noción de delgadez como valor axiomático, auténtico e irrefutable, como objetivo principal, como modelo corporal a perseguir —muchas veces en pacientes anorécticas y bulímicas—, convirtiéndose de este modo en una idea sobrevalorada trascendental: ser delgada es sinónimo de triunfo, éxito personal, profesional y social, demuestra que se ejerce un control sobre sí misma y sobre todo lo demás. En otras palabras, ser esbelta es ser una mujer moderna competente y autosuficiente. Por el contrario, no estar delgada, engordar, perder el control del peso es carecer de la capacidad de agradar, de alcanzar las metas propuestas y de triunfar.

Junto con su maestro, el Profesor Gustavo Figueroa, motor académico de la psiquiatría porteña, han editado una obra monográfica de excelencia, muy bien concebida, la cual, qué duda cabe, se ha transformado en un texto de consulta entre psiquiatras y médicos latinoamericanos. La participación de destacados colegas de la Universidad de Valparaíso, de la Clínica Psiquiátrica Universitaria y del Instituto Chileno de Terapia Familiar ha hecho posible llevar a buen término esta importante obra. Además de que varios son conocidos investigadores en estas disciplinas, la mayoría de quienes aquí trabajaron posee gran experiencia clínica, enfrentando

cotidianamente el desafío de tratar pacientes con trastornos alimentarios, lo que asegura al lector no tener al frente un texto más de actualización del conocimiento médico respecto de estos tópicos sino una monografía donde éste se enriquece con la preciada experiencia de los autores.

El libro desarrolla el tema desde las perspectivas clínico-descriptiva, analítico-existencial, psiconeuroendocrinológica y psicoterapéutica, constituyendo un recurso práctico y abarcador, escrito en un lenguaje claro y comprensible, que resulta de interés y utilidad tanto para psiquiatras, psicólogos, médicos de diversas especialidades, como para educadores y otros profesionales de la salud.

En el Capítulo 1, Clínica y Epidemiología, Rosa Behar describe y comenta detalladamente medidas de prevención primaria de los trastornos alimentarios desde la infancia a la adultez, el concepto de los síndromes parciales o subclínicos, las medidas de evaluación tanto físicas como psicológicas de las pacientes alimentarias, la comorbilidad que acompaña a estos trastornos, mencionando en la introducción resultados de sus investigaciones efectuadas en el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Valparaíso. Luego describe con particular claridad los dos cuadros más relevantes: la anorexia y la bulimia, en todos sus aspectos clínicos, además del trastorno por comilonas.

En el Capítulo 2, dedicado a la identidad de género en la etiopatogenia de los trastornos de la alimentación, la misma autora muestra un interesante enfoque de estos cuadros desde la perspectiva psicosocial, desarrollando el concepto de rol sexual, el rol de género y el estereotipo sexual, y su importancia como factores incidentes en la génesis de estas afecciones, que, como es conocido, son más frecuentes de observar en el sexo femenino. Su pluma describe de forma magnífica la evolución histórica que ha presentado el rol de género femenino en la sociedad occidental así como las diferencias socioculturales existentes entre la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. También, desarrolla el concepto de androginidad, entendida como una fuerte identificación con categorías de rol de género femenino y masculino, postulando dicho perfil como portador de aspectos protectores para el desarrollo de los cuadros alimentarios, fundamentado con investigaciones realizadas por su grupo en el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Valparaíso.

Desde una mirada analítico-existencial, Gustavo Figueroa presenta, con su habitual profundidad y espíritu didáctico, el caso de Alejandra, joven portadora de una anorexia nerviosa, realizando una notable interpretación antropológica del cuadro, donde desarrolla

las características de la vivencia de la temporalidad en la paciente anoréctica.

En el Capítulo 4 Patricia Rentería realiza una excelente actualización de los aspectos neurobiológicos del apetito y la saciedad, mostrando el rol que juegan neurotransmisores como la serotonina, la noradrenalina, la dopamina, el neuropéptido Y, el péptido YY, los péptidos opioides, la leptina, la orexina, y péptidos gastrointestinales como la gastrina, polipéptido pancreático y colecistoquinina. Revisa y analiza también el conocimiento de la endocrinología en el tema, mostrando la importancia de ejes tales como el adrenal y gonadal, de hormonas tales como la insulina, bombesina, hormona del crecimiento, vasopresina, oxitocina y dehidroepiandrosterona, así como de la función tiroidea y la inmunosupresión

La experiencia de casi dos décadas en el tema de Patricia Tapia se vierte lúcidamente en el manejo farmacológico y hospitalario de los trastornos alimentarios. Desde una muy bien seleccionada bibliografía y gran experiencia clínica propone, con gran sentido didáctico, consideraciones para el tratamiento, verdaderas guías clínicas para el manejo terapéutico en la anorexia y bulimia, abundando en la elección del *setting* de tratamiento, en la rehabilitación nutricional y sus complicaciones, y en la vasta y compleja terapia farmacológica.

Gustavo Figueroa desarrolla un documentado capítulo en relación con el rol de la terapia psicodinámica. Muestra aquí las antinomias en la psicodinamia de la anorexia nerviosa, los modelos utilizados para la comprensión del cuadro, principalmente en relación a la psicología del yo, de las relaciones objetales y del sí mismo. También describe el papel de la terapia psicodinámica individual en la anorexia nerviosa, proponiendo algunas características a cumplir por el psicoterapeuta dedicado a esta patología y los principios técnicos de la psicoterapia en estas pacientes, mencionando finalmente la evidencia existente de la eficacia de esta modalidad terapéutica en el abordaje de la anorexia.

En el capítulo siguiente Figueroa expone, de forma muy didáctica y crítica, el marco conceptual, los principios, la técnica, las fases y las metas de la exitosa psicoterapia cognitivo-conductual en los trastornos de la alimentación, ilustrando con tablas y figuras tanto las distorsiones cognitivas de los trastornos alimentarios como las técnicas de esta modalidad psicoterapéutica. Revisa la evidencia disponible que avala la indicación de esta estrategia en los trastornos alimentarios

En el Capítulo 8 Andrés Heerlein efectúa una reseña histórica de la evolución de la psicoterapia interpersonal, sus características generales, su fundamento

empírico, su práctica, su técnica, describiendo las áreas problemáticas que abarca, su implicancia como tratamiento agudo, como continuación y de mantenimiento en los cuadros depresivos. Finalmente, hace una sucinta mención de los estudios empíricos de psicoterapia interpersonal en la anorexia y bulimia nerviosas y en el trastorno por atracones, señalando que éstos son escasos y los resultados, controvertidos, advirtiendo que se precisa de mayor investigación para avalar dicha terapia en estas patologías.

En el Capítulo 9 y final Eduardo Carrasco describe las características de las familias con pacientes portadoras de trastornos alimentarios, la configuración de las relaciones familiares y la terapia familiar en los trastornos alimentarios –contexto de la consulta, los objetivos de la terapia, el proceso de la consulta familiar– así como lo esperado de la evolución del sistema familiar en el proceso terapéutico. La familia es vista no

necesariamente como generadora de patología sino como un recurso de salud. Finalmente describe y analiza los aportes a la terapia familiar en los trastornos de la alimentación por parte de tres líneas de pensamiento vinculados con la terapia familiar: el construccionismo social, el enfoque psicoeducacional y el modelo diacrónico de Mara Selvini-Palazzoli.

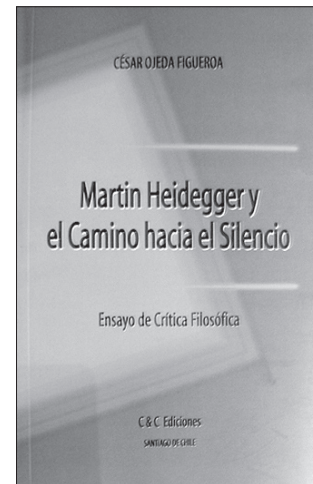
La lectura de este libro de 257 páginas permitirá, a tantos que como yo hemos permanecido por más de un lustro ajenos al desarrollo de esta verdadera sub-especialidad de la psiquiatría, sorprenderse gozosamente con el progreso de la ciencia médica en este recodo tan apasionante de la psicopatología, donde el psiquiatra sigue siendo la interfase natural de un equipo multidisciplinario que permite estudiar y tratar a personas sometidas por una suerte de tiranía, de no tener otra posibilidad que vivir en lo que tan lúcidamente hace casi tres décadas Hilde Bruch denominó *The Golden Cage*.

COMENTARIO DE LIBROS

MARTIN HEIDEGGER Y EL CAMINO HACIA EL SILENCIO: ENSAYO DE CRÍTICA FILOSÓFICA

Autor: César Ojeda Figueroa
C&C Ediciones, Santiago, 2006

(Rev GPU 2007; 3; 1: 26-28)



Hernán Villarino

Heidegger es un autor que muchos, no todos, hemos evitado. En primer lugar, por su fama de escritor complicado que emplea un lenguaje o ininteligible o trivial. Nosotros mismos, en cierta ocasión, hemos escrito un artículo, digno del olvido, juzgándolo en esos términos. El segundo aspecto que a muchos nos ha alejado de su obra fueron sus simpatías políticas. Sin embargo, las adscripciones y gustos personales de los grandes filósofos, reales o supuestas, han dado siempre pie para que los que no se ocupan de la filosofía justifiquen su desinterés. Platón ha sido recusado porque despreciaba el cuerpo, el estagirita porque su doctrina era la de un aristócrata griego, Santo Tomás porque era católico, Descartes porque consagra la división alma-cuerpo, Schopenhauer por su tacañería, Kant por idealista, y todos ellos, a la vez, por ser antiguos y pasados de moda. Pero ¿a quién podríamos leer, si uno, quizá con razón y conocimiento aunque las más de las veces por malas caracterizaciones o suposiciones gratuitas, se hubiera de fijar, previamente, en el tiempo en que nació o en las manías, rarezas e incluso necedades de un autor? Cualquiera sea el motivo, constituye un inconcebible e inmerecido regalo a uno de los dos infernales totalitarismos que asolaron el siglo XX considerar que es propiamente suya la filosofía de uno de los más grandes pensadores de nuestra época. No lo estimó así Hanna Arendt, quien sintió por Heidegger la más entusiasta admiración. Nadie ha leído como tú, le dice en una carta

recogida en la edición de su mutua correspondencia, es decir, ninguno ha entendido el filosofar ni ha pensado como tú. Por otra parte, hoy resulta imposible estudiar las nuevas reflexiones y doctrinas sobre la identidad americana sin entender a Heidegger. El masticado, reseco y a estas alturas indigerible discurso marxista, que ha monopolizado torpemente este asunto, se ha visto felizmente sustituido, desde la década de los ochenta del siglo pasado, por una pléyade de autores de estirpe tanto heideggeriana como analítica, cuyos espléndidos y originales frutos se conocen en la actualidad como la "Filosofía de la Liberación". La inesperada encrucijada histórica contemporánea hace que nosotros, americanos, al día de hoy, no podamos pensar en nosotros mismos, no desde Heidelberg sino desde Oaxaca, Piura o Coihueco, sin los instrumentos elaborados por la reflexión heideggeriana. No estamos, por lo mismo, frente a un autor distante y ajeno, propio de cenáculos académicos europeos, sino a uno que está envuelto y mezclado con el incesante ajeteo de los hombres y mujeres latinoamericanos por la libertad, que en este fallido continente tantas veces se ha frustrado.

De allí entonces su cercanía con nuestras preocupaciones de hoy y el extraordinario interés, actualidad y oportunidad del libro del Dr. Ojeda, que, en la línea de H. Arendt, se apropia de aquel filosofar desde la perspectiva del mediodía, la hora nietzscheana en que las sombras son más cortas y todo está envuelto por la

luz. Constituye, de lo que conocemos, y sin ánimo de desmerecer a nadie, una de las más nítidas reflexiones en lengua castellana sobre aquel filósofo que, como ya lo dijimos, es particularmente difícil, aunque su dificultad, como lo aclara el Dr. Ojeda, no se deba a la formulación de una doctrina enrevesada o idiosincrásica, antes bien, en ella se habla de lo inmediato, de lo que está más próximo, de lo que es obvio, de aquello que de puro cercano los hábitos intelectuales contraídos no nos dejan ver y, por lo mismo, que se debe aprender a reconocer. Al fin de cuentas vivimos mayormente como sonámbulos, sin percatarnos de lo esencial, diciendo lo que se dice, en aquel estado de caído habitual del *Dasein*.

Haríamos mal, sin embargo, en creer que el texto del Dr. Ojeda, enfocado sobre Heidegger, constituye una mera noticia o información sobre los resultados alcanzados por aquel pensador en el curso de sus meditaciones. Una cosa es repetir las ideas de otro y otra muy distinta pensar por sí mismo, en relación con los problemas de la propia vida vivida por uno mismo, pero en diálogo con un maestro. El verdadero discípulo hace esto último, por medio del maestro se alcanza a sí mismo, con su propio pensamiento, que no excluye ni la lucha ni la crítica ni el disenso ni, incluso, la ruptura. El autor, según nos informa en el prólogo, ha estudiado por más de una década a Heidegger en un seminario dirigido por Jorge Eduardo Rivera, traductor de *Ser y Tiempo* y una de las autoridades más reconocidas sobre el filósofo de la Selva Negra. Un comercio tan largo con un gran filósofo constituye, sin duda, un grave riesgo de terminar configurando a un mero simpatizante o militante de una doctrina, la conocida deformación del machacón repetidor de consignas, petrificado, ajeno a la vida y a la realidad. Pero es la condición, también, para que un discípulo se discipline y alcance destreza y profundidad en el pensar, su propia madurez, la voz personal, original, auténtica, en virtud de la cual puede desarrollar y plasmar su propio pensamiento, como sin duda lo ejemplifica el texto que comentamos, que no por nada se titula ensayo de crítica filosófica.

Sería imposible, y pretencioso, intentar resumir en una cuartilla aquel libro carente de retórica y adornos, donde cada capítulo es un denso tratado en el que siempre se desgrana lo esencial, sin ninguna floritura, y donde la meridiana claridad del estilo hace innecesario e impertinente pretender resumirlo, descifrarlo o explicarlo. El texto se sostiene airoso sobre sus pies y quienes no conocen a Heidegger hallarán en él una inmejorable exposición de sus ideas esenciales, y quienes saben algo encontrarán la oportunidad de profundizar en su conocimiento a la luz de una apropiación original.

No obstante, aun a riesgo de superfluidad, y para hacer honor a las obligaciones que contrae un comentarista, en lo que sigue haremos una breve glosa de lo que nos parece lo fundamental del escrito, es decir, la voz del autor.

Toda la filosofía de Heidegger se articula en torno a la pregunta por el ser. Para la tradición, el ser es ese peculiar acto, o energía, que tienen todos y cada uno de los entes que comparecen en el mundo según su propia realidad. Ser, por tanto, es todo aquello que existe o puede existir situándose fuera de la nada. Por eso, desde un punto de vista lógico, el ser, en la tradición, es el correlato de la definición. Si queremos saber qué es una lapicera, por tomar un ejemplo que el autor usa en su texto, no tenemos más que ir al diccionario y ver su definición. El diccionario expone y muestra la esencia de las cosas, de los entes que son en el mundo, y el mundo, a la postre, no es más que el conjunto de todos los entes que ahí yacen, independientes en sí mismos, plenos de autonomía y libertad y con los que el hombre entra eventualmente en tratos. Claro que desde esta perspectiva el hombre mismo no es sino una más entre otras de las muchas cosas que pueblan el mundo, con su asiento en la letra "H" del diccionario, dotado del mismo rango que las cosas y a quien, como tal ente, le corresponde su propia definición: el animal racional, por ejemplo, porque la racionalidad constituye su esencia, su diferencia específica.

En la tradición, entonces, el ser coincide con el ente, el ser está ontificado. Para entender la perspectiva peculiar de Heidegger volvamos al ejemplo que usa el autor. La lapicera, lo que la lapicera es, no se aprehende con una mera descripción de su estructura física; en virtud de esta elucidación sería en realidad ininteligible. La lapicera es para escribir, o para regalar, o ha sido un regalo que evoca al donante, etc. Lo que la lapicera es, su propio ser, no consiste en su pura materialidad sino en su relación con el *Dasein*, en su *para qué*. La forma cómo despeja el ser de las cosas el *Dasein* consiste en la determinación de su *para qué* y de su sentido. El mundo, por lo tanto, a diferencia de la tradición, ya no consiste en la coexistencia de infinidad de cosas, cognoscibles o incognoscibles, sino en la red de relaciones que el *Dasein* guarda con ellas, la compleja urdimbre de significaciones que constituyen un verdadero texto, texto que el *Dasein* interpreta y escribe y que sólo él puede leer. Por eso, de entre los entes, y a diferencia de todos los otros, sólo el *Dasein* tiene mundo, sólo hay un mundo para él.

Pero si el ser de las cosas remite a su sentido, a su *para qué* en la respectividad de los útiles, todos los *para qué* remiten al *Dasein*, es decir, todas las cosas son por

mor del Dasein, para su cuidado. La lapicera es para escribir, para regalar, etc., ese es su sentido, pero el escribir de la lapicera es para que el Dasein redacte sus cartas de amor, por ejemplo, la lista de compras del supermercado, un tratado filosófico o una polémica científica. Ahora bien, si el mundo, entendido al modo heideggeriano, remite al Dasein, ¿a qué remite el Dasein mismo? La palabra *Dasein* significa existencia y está reservada para el ente que consiste en sus posibilidades. Sólo el Dasein existe, porque es el único ente que consiste en sus posibilidades. A diferencia del hombre descrito en la tradición, el Dasein no se define, como las cosas, por una esencia común, constituida de una vez y para siempre y dotada de cierta potencia que viviendo se actualiza. El Dasein está abierto al ser porque está abierto a posibilidades, porque no está determinado de una vez y para siempre sino que tiene él mismo que determinarse, es libre por lo tanto. El Dasein no es un ser en general o como cualquier otro, sino el ser que es en cada caso el mío, por lo tanto histórico, temporal y del único que propiamente cabe decir mío. En la vida cotidiana, sin embargo, el Dasein vive en el estado de caído, sin saber de esa su condición de consistir en posibilidades, y de entre ellas la más cierta e irrebasable: la propia muerte; no la muerte en general sino la mía propia. La apertura a esa posibilidad revela que somos seres arrojados en el mundo que hemos de hacernos cargo de nosotros mismos. Este despertar, por otra parte, es el producto de la angustia alentada por la voz de la conciencia que interroga en el silencio sobre el ser del Dasein.

Sin duda que hemos dejado, por las razones que expusimos más atrás, muchas cosas del texto en el tintero, sobre todo el existencial del estar con los otros, el *coestar*, pero es que nos enfocamos sólo sobre un as-

pecto. Dijimos previamente que la pregunta de la filosofía heideggeriana es la pregunta por el ser. Siguiendo hasta donde podemos la huella del Dr. Ojeda, es patente, en primer lugar, que el ser en Heidegger, a diferencia de la tradición, no es el ente. Pero sólo del ente se ha predicado, y se predica, puesto que el ente “es”, de modo que no se puede predicar que el ser *sea* porque el ser no es un ente. Ser entonces es lo mismo que nada, aunque no la nada de privación de la filosofía tradicional. En segundo lugar, el lenguaje con que hablamos está relacionado con los entes, a ellos refiere y en torno a ellos se articula, de modo que del ser, que no es un ente, ni hay lenguaje ni se puede decir nada. Este a la postre es el camino, la razón del silencio en torno al ser en que concluye la apasionada filosofía heideggeriana.

Coincidentemente, reconoce el autor que el ser no admite prédica, pero acto seguido se pregunta: ¿Quién pensó que la admitía? Por lo pronto el mismo Heidegger. Pero no es posible hablar ni pensar en el ser, sólo es posible señalarlo, y Heidegger intentó transformar esa señalización en discurso, lenguaje, teoría, ontología y pensamiento, porque, aunque no le gustara reconocerlo, seguía pensando representacionalmente. Heidegger, entonces, se entrapa en la singularidad del ser, que él mismo ha dilucidado, atribuyéndole acciones y constituyéndolo como un artificioso “Alguien”: una especie de *psyché*. No obstante, como el ser no califica para “es” jamás será un que o un quien. En el fondo Heidegger deifica la nada allí donde para él mismo acaba la filosofía, aunque para otros comience lo que Jaspers llamaba fe filosófica. Pero lo que se busca más allá del ente, se pregunta el autor para concluir, ¿no será el mismo filósofo? “Mire donde mire el Dasein siempre termina por encontrarse con él mismo”.

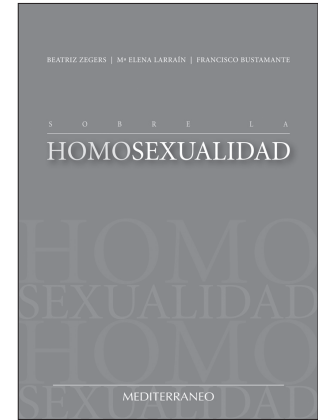
COMENTARIO DE LIBROS

SOBRE LA HOMOSEXUALIDAD

Editores: **Beatriz Zegers, María Elena Larrain y Francisco Bustamante**
Editorial Mediterráneo, Santiago, 2007, 317 pp.

(Rev GPU 2007; 3; 1: 29-32)

Alfonso Pola¹



En este libro los editores han reunido a un conjunto heterogéneo de representantes de distintas ramas del saber: filosofía, psiquiatría, psicología, leyes y enfermería para tratar un tema tan actual como controvertido. Como señalan los editores en el prefacio, se trata de un tema respecto del cual existen posturas contradictorias basadas en visiones ideológicas, no siempre amparadas en observaciones e investigaciones desinteresadas y objetivas. En este contexto el esfuerzo realizado tanto por los editores como por los autores de los distintos capítulos es encomiable.

La lectura del libro permite hacerse una idea de los misterios que aún encierra la sexualidad humana y sus variaciones y, si bien en muchos casos los autores no pueden dar cuenta acabada del fenómeno, proponen valiosas sugerencias para su abordaje futuro. En ese sentido quisiera destacar la honestidad y humildad científica que caracteriza el esfuerzo realizado por los autores de los diferentes capítulos. Desde el prefacio se hace evidente que los editores no tienen una postura éticamente neutra frente al tema, e incluso parecen suscribir la idea de que se trata de una condición adquirida susceptible de modificación, y sin embargo ningún capítulo podría considerarse tendencioso o prejuiciado; más bien constituyen un serio esfuerzo de cada uno de los autores para dar cuenta del estado de avance de su particular enfoque respecto del tema. No pretendo referirme en esta presentación, en detalle, a

todos los capítulos del libro sino sólo destacar el conjunto y detenerme en algunos de ellos para reflexionar sobre algunas de las ideas presentadas.

El artículo que abre el libro, del desaparecido Armando Roa, plantea una visión fenomenológica antropológica de la sexualidad humana. En su particular estilo el autor aborda el tema de la sexualidad delineando las características que a su juicio le son esenciales: de éstas me interesaría destacar la idea de que el sexo en el hombre es una pulsión y no un instinto rígido y determinado como en los animales. Esto, para el autor, determina que en el hombre se pueda disociar lo erótico de lo procreativo y que, siendo así, el deseo erótico puede ser suprimido o exacerbado. Esta transformación de instinto en pulsión permanente lo lleva a concebir al sexo como el origen de la familia y la cultura a través de la prohibición del incesto. También lo ve determinando el nacimiento de algo tan típicamente humano como el amor erótico al cuerpo y al alma. El amor sexual, a diferencia de las otras formas de amar, es personalizador y excluyente.

Ve la homosexualidad como el resultado de un desarrollo imperfecto del sexo. La homosexualidad se originaría en núcleos de masculinidad o feminidad que quedan desarrollados a medio camino o en estado incipiente y que dejarían sin la fuerza exigida para apetecer, trascender y buscar el destino en un sexo distinto; en cambio, con un esfuerzo infinitamente menor, lo lo-

¹ Universidad de Los Andes.

grarían a lo menos con el mismo sexo. Reconoce, como la mayoría de los autores de este libro, la existencia de distintas modalidades de homosexualidad y considera la presencia de un amor que es capaz de trascender la individualidad, lo que permitiría distinguir entre tipos de homosexuales aquellos capaces de vincularse de los que son incapaces de vincularse. Si bien se manifiesta categóricamente por la anormalidad de la homosexualidad, encuentra natural que quienes la padecen exijan respeto por su condición. Señalo estas observaciones porque son compartidas por distintos autores del libro y son particularmente compatibles con los hallazgos del psicoanálisis, tal como se plantea en otros capítulos de este libro.

Como primera observación quisiera señalar la coincidencia entre el carácter ideológico que ha adquirido la reflexión en torno a la homosexualidad, situación de la que, por lo demás, existen abundantes referencias en el libro. No es una coincidencia que algunos psicoanalistas, Horacio Etchegoyen entre ellos, señalen la tendencia a la ideologización de la vida pulsional y una cierta tendencia sectaria como parte de las características de las llamadas personalidades perversas. Al respecto, Donald Melzer, un psicoanalista británico, recientemente fallecido, afirmaba: "debemos evitar caer en reacciones demasiado complacientes respecto de las actitudes sociales y personales. En cien años ha habido una gran oscilación del péndulo, y no poco ha sido justamente atribuido al impacto ejercido por el trabajo de Freud sobre la cultura occidental. No obstante, el péndulo ha pasado de la hipocresía del doble sistema de valores victoriano a la más solapada hipocresía de la decadencia. El contexto que antaño favorecía la formación de síntomas en el territorio del conflicto sexual ahora lo hace a la consolidación de las perversiones en el carácter. Del mismo modo que Freud debió encarar la acusación de "amoral", los que creen en la realidad psíquica deben enfrentar interna y externamente el cargo aun más prejuicioso de "moralistas"... No hay duda que Freud pagó muy caro por su arrogancia al colocar su evidencia por delante de los valores públicamente reconocidos... Entonces sus evidencias podían ser desechadas por el establishment a causa de haber sido obtenidas a partir del estudio de mentes enfermas; hoy, la comprensión del psicoanálisis sobre la realidad psíquica,... la relación entre "salud" y los valores relacionados con lo que es "bueno", son inmediatamente ignorados en los territorios en los que no existe nada bueno: todo es relativo, semántico, imponderable y, por consiguiente, irreal".

Freud fundó el psicoanálisis basado en la creencia de que el carácter pulsional y móvil en cuanto a las me-

tas y los objetos de la sexualidad humana era lo que la convertía en un área de apetencias particularmente vulnerables a las vicisitudes del desarrollo. Como se aprecia en algunas partes del libro, particularmente aquellos dedicados al desarrollo de la identidad, en la sexualidad humana no basta sólo con la educación sino que el individuo requiere de modelos respecto de los cuales identificarse en su rol y estos modelos son provistos por los padres.

Probablemente el planteamiento de una bisexualidad sea uno de los menos comprendidos de Freud. Como plantea Kernberg, Freud se refiere a la bisexualidad psicológica original como la capacidad de cada individuo, durante el desarrollo, de establecer una identificación profunda con ambos padres. Esto se apoya en la evidencia clínica de pacientes en psicoanálisis que, en regresión, presentan tendencias a la identificación masculina y femenina y también tendencias de interés sexual tanto heterosexual como homosexual. Naturalmente que en las personas normales la tendencia dominante y la que cristaliza en la identidad es la heterosexual, quedando la otra corriente como una disponibilidad para una comprensión profunda de la pareja durante el acto sexual. El tema de la homosexualidad es materia de debate en el psicoanálisis actual, más allá del acuerdo que sugiere Kernberg en cuanto al estatus no perverso de la homosexualidad. La tesis de Kernberg es que el término perversión se debería restringir a aquellas personas que sólo experimentan placer en el ejercicio de pulsiones parciales pregenitales, como los voyeristas, los exhibicionistas, sádicos o masoquistas, fetichistas, etc. Estos componentes de la sexualidad que normalmente se pliegan a la función genital en calidad de estimuladores durante los preliminares del coito, en el perverso se transformarían en el centro exclusivo de su gratificación sexual.

Para Kernberg, hay personas homosexuales en las que existe una integración de todos estos componentes junto a la genitalidad y ésta a su vez integrada a la ternura y el amor. Estos podrían ser considerados homosexuales normales. Lo que definiría la existencia de patología en la personalidad no sería la orientación sexual sino otras variables. Con esto se refiere a cuán integrados están los distintos componentes de la sexualidad y cuán ligada está la sexualidad con la ternura y el amor y hasta qué punto la agresividad está al servicio del amor y no al revés. De manera que las explicaciones sobre la elección homosexual deberían buscarse en cada caso en los avatares del desarrollo que interrumpieron el proceso normal que conduce a estas integraciones. De este modo, existen muchas razones por las cuales una persona puede orientarse homosexualmente, que

corresponden a los distintos niveles que puede haber alcanzado el desarrollo de su personalidad. La mayoría de los psicoanalistas estaría de acuerdo también en que estos procesos implican alguna participación biológica en su determinación.

Muchos psicoanalistas, franceses, ingleses y latinoamericanos, pensamos sin embargo que en tanto que la identificación sexual normal implica, desde un punto de vista psicológico, identificarse con el padre del mismo sexo, no sólo en su conducta sexual sino con el aspecto generador, paternal o maternal de la sexualidad, el homosexual que renuncia a la función procreadora con una pareja del otro sexo está indicando por eso mismo su bloqueo edípico. Es decir, desde un punto de vista psicológico, la homosexualidad implica una renuncia a la identificación plena con la pareja edípica. De manera que muchos analistas consideran que la terminación del complejo de Edipo conduce a una identificación con un miembro de una pareja heterosexual procreadora. Estos clínicos plantean que en condiciones normales los niños abandonan sus aspiraciones posesivas respecto de los padres por amor y no por temor, como pensaba Freud. Sabemos que el secreto que rodea a la sexualidad, y del que habla Roa en el primer capítulo del libro, se relaciona con la curiosidad que despierta en los niños la intimidad de los padres. Los celos que despierta la exclusión a la que los hace sentir sometidos son una poderosa fuerza que se opone a la renuncia a interferir esa relación.

Se podrían entender los anhelos edípicos como parte de estos deseos de poseer exclusivamente a uno de los padres y excluir al otro. La renuncia a estos deseos corre a parejas con la tolerancia a los celos y el predominio del amor a los padres por sobre los celos y el odio. Este es un proceso gradual durante el desarrollo y culmina con la aceptación de la relación exclusiva de los padres de la cual el niño está excluido. Sólo esto permitiría una identificación con esta pareja heterosexual procreadora.

Las personas homosexuales, por muy bien integradas que estén en otros aspectos, en este caso no han podido renunciar al rechazo de esa pareja heterosexual procreadora. Esto implicaría que en el ejercicio de su sexualidad predominarían aspectos pregenitales de gratificación infantil, más que genitalidad propiamente procreadora. En este sentido, creo que sigue siendo muy discutible el planteamiento de una homosexualidad normal desde el punto de vista del psicoanálisis. En todo caso, Kernberg plantea que será necesario acumular experiencia en análisis con este tipo de homosexuales más maduros, que habitualmente no consultan al analista para resolver esta cuestión. Cree, así mismo,

que la exigencia legal en Estados Unidos de aceptar postulantes homosexuales a los institutos de formación psicoanalítica, es una oportunidad para realizar análisis en personas homosexuales que presenten características de normalidad en el resto de su personalidad. Esto ha generado también intenso debate en la comunidad psicoanalítica por las implicancias que tiene en cuanto a la responsabilidad con los pacientes. En fin, se trata de un tema controvertido que tendrá que irse resolviendo en los próximos años.

En el interesante capítulo de Beatriz Zegers y María Elena Larraín sobre el desarrollo de la identidad sexual, términos como identidad de género, identidad de rol, orientación sexual, homosexualidad, bisexualidad, heterosexualidad son rigurosamente definidos y presentados en su contexto evolutivo. Esto las lleva a analizar las complejas relaciones que existen entre los factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales en el desarrollo de la sexualidad humana y sus desviaciones. Definen tres hitos en el desarrollo de la identidad psicosexual: la consecución de una identidad nuclear del género que se consolida en la primera infancia, la identidad del rol de género que se desarrolla en las edades pre escolar y escolar y la orientación psicosexual, que es un logro de la edad juvenil. En cualquiera de estos niveles se puede producir un conflicto que impida alcanzar las metas que el desarrollo plantea.

En ciertos casos la identidad de rol genérico lleva a preferir las actitudes y conductas socialmente definidas para el sexo contrario y, sin embargo, ello no necesariamente se refleja en la definición de una orientación sexual homosexual. Del mismo modo, la crisis juvenil normal conlleva la posibilidad de que aparezcan preguntas, dudas, confusiones respecto de la identidad psicosexual, sea por la presencia de rasgos de personalidad, por experiencias de seducción, traumáticas o exploraciones que deriven en una atracción transitoria o permanente hacia miembros del mismo sexo.

Identifican una serie de factores protectores y de riesgo para la evolución de la identidad y orientación sexual que pueden constituir una útil referencia para padres y educadores.

Gaete y Valenzuela aportan una puesta al día sobre las teorías biológicas de la homosexualidad, destacando la importancia de los factores genéticos que se expresan vía hormonal y/o directamente en la formación del dimorfismo sexual y su contribución a la definición de la identidad de rol genérico, aspecto que es destacado por otros autores. Si bien aceptan la falta de evidencias concluyentes respecto de la presunción de influencia genética en la orientación sexual, aportan la interesante idea de la necesidad de desarrollar defi-

niciones operacionales respecto de los distintos tipos de homosexualidad, aspecto que afecta toda la investigación biológica y epidemiológica sobre el tema y proponen algunas definiciones que podrían abrir caminos fructíferos de investigación futura.

El capítulo del grupo dirigido por Francisco Bustamante, sobre prevalencia de la homosexualidad en la población general, vuelve a recalcar el problema de las definiciones, ya tratado por Gaete y Valenzuela, y revisa de un modo sistemático los estudios de prevalencia, siguiendo un método que permite valorar la calidad de los estudios. Como conclusión, plantean que la proporción de homosexuales en la población occidental no superaría el 3%, dato que contradice las creencias prevalecientes que lo situarían muy por encima de esa cifra.

El capítulo sobre la pareja homosexual de Sergio Barroilhet aporta antecedentes que confirman la sospecha de los clínicos de que las parejas homosexuales suelen ser inestables, con tendencia a la promiscuidad e infidelidad, siendo esta tendencia mucho más marcada entre los hombres que entre las mujeres. En relación a la estabilidad en los vínculos de pareja, confirma lo afirmado por Roa, Kerneberg, Florenzano, Palavicini y Almonte en el sentido de que existirían distintos tipos de personas homosexuales, algunas que intentan establecer relaciones más estables y tienden más a la monogamia que otros. Tanto este artículo como el de Margarita Bertuzzi sobre el impacto de la homosexualidad de los padres en los hijos hacen hincapié en la dificultad que representan las posturas ideológicas en el campo de investigación. Esta tendencia dificulta la posibilidad de sacar conclusiones definitivas y llama a esperar la realización de estudios confiables para poder hacer afirmaciones con mayor fundamento en estas materias.

El interesante estudio sobre resultados de tratamientos en homosexuales liderado por Francisco

Bustamante busca evidencia en la literatura científica referida al tema. Evidencias de la medida en la cual la orientación sexual es modificable por medios psicológicos. La revisión es sistemática y cuidadosa metodológicamente, si bien les permite afirmar a los autores que existe un cambio de orientación sexual significativo en la mayoría de las personas homosexuales sometidas a psicoterapia con ese fin, y que, en varias de ellas (entre 16% a 54%) este cambio ocurre hacia la heterosexualidad exclusiva. Sin embargo, advierten que de sus estudio no se puede aclarar cuál sería el mejor tipo de terapia para generar este cambio, debido a que los trabajos analizados no realizaban comparaciones con respecto a los diversos modelos teóricos utilizados. Concluyen que faltan estudios que permitan evidenciar la calidad del tratamiento en las personas homosexuales que incluya un mayor tamaño muestral y que estipulen en forma objetiva los resultados obtenidos, para lograr así una evidencia mejor fundamentada con respecto a la posibilidad de cambio en la orientación sexual.

Finalmente, para concluir esta presentación y después de haber leído detenidamente el libro, puedo afirmar que contiene importantes aportes para la comprensión de un fenómeno de vastos alcances personales y sociales, y que deja abiertos múltiples caminos de investigación para el futuro, dando luces y guías respecto de la orientación que ésta podría tomar en muchos aspectos.

Para padres, educadores y clínicos este libro ofrece claves de descripción, comprensión, abordaje y prevención de un fenómeno que crea inquietud en muchos, a pesar de la moda prevaleciente, que pretende dejarlo de lado como una manifestación más de la libertad de elección que debe caracterizar a nuestra sociedad, sin considerar el sufrimiento que inevitablemente trae aparejado.

ENTREVISTA DE GACETA DE PSIQUIATRÍA UNIVERSITARIA

OTTO KERNBERG: ¿QUÉ HACE A UN BUEN ANALISTA Y A UN BUEN PSICOTERAPEUTA?¹

(Rev GPU 2007; 3; 1: 33-38)

Chanda Rankin²

Otto Kernberg es Director del Personality Disorder Institute en el New York Presbyterian Hospital, Westchester División, y Profesor de Psiquiatría en el Joan and Sanford I. Weill Medical College and Graduate School of Medical Sciences of Cornell University. Es analista supervisor en el Columbia University Center for Psychoanalytic Training and Research, y ha sido Presidente de la Asociación Psicoanalítica Internacional. Autor de numerosos libros traducidos al castellano, es una persona conocida y querida en Chile. Para GPU es un honor publicar esta entrevista, realizada por Chanda Rankin y publicada en el sitio www.psychotherapy.net, dirigido por el colaborador de nuestra revista Randall Wyatt, quien autorizó la publicación.

Chanda Rankin: *Es un verdadero placer tenerlo hoy día aquí para esta entrevista en www.psychotherapy.net. Hace un momento usted mencionó que había nacido en Viena, Austria. Deseo saber hasta qué punto la experiencia sociocultural de esos tiempos lo afectó e influyó para que usted se dedicara al campo de la psicoterapia y el psicoanálisis.*

Otto Kernberg: Para empezar, yo me fui de Austria a los diez años de edad. Mis padres y yo tuvimos que escapar del régimen nazi. Lo hicimos en el último momento y llegamos como inmigrantes a Chile. Estudié psiquiatría en la Universidad de Chile y en la Sociedad Psicoanalítica chilena. Vine a Estados Unidos la primera vez en

1959, con una beca de la Fundación Rockefeller para estudiar investigación en psicoterapia con Jerry Frank en el John Hopkins. Luego, en 1973 me fui a Nueva York a la Universidad de Columbia. Actualmente soy director del Instituto de Trastornos de Personalidad, en el que estamos realizando investigación de estos trastornos. Naturalmente, mis influencias culturales son austriacas y alemanas, y me han influido de muchas maneras. Sin embargo, mi formación psiquiátrica fue una integración de la psiquiatría clásica descriptiva alemana y la psiquiatría psicoanalítica y psicodinámica. Más tarde me sumergí en la psicología del yo y en el trabajo de Melanie Klein. También visité Chestnut Lodge, don-

¹ Traducción del inglés al castellano a cargo de María Eugenia Legues.

² Chanda Rankin está completando su doctorado en "Singer-Songwriter's, Creativity and Personality Factors" en el Wright Institute, Berkeley, CA. Vive en Los Angeles, CA y trabaja para Musi-Cares, organización sin fines de lucro que ayuda a las personas en la "comunidad musical" en tiempos de crisis.

de conocí la orientación culturista de Sullivan, Frieda Fromm-Reichman, así como a los psicólogos de las relaciones ego/objeto, Edith Jacobsen y Margaret Mahler. De manera que fue natural tratar de sintetizar una aproximación de relaciones objetales entre el gran ego psicológico kleiniano y el llamado “grupo medio” británico o aproximaciones independientes. Luego, muchos años después, a esto se agregó una cierta influencia del psicoanálisis francés.

LA MINA DE ORO DE KERNBERG

Rankin: *Siempre me ha causado curiosidad saber qué encuentra de atractivo en el campo de los trastornos de la personalidad como para haberlo hecho el foco de su vida laboral.*

Kernberg: Fue una combinación de varias influencias. Quizá la más importante fue que el proyecto de investigación de psicoterapia en la Fundación Menninger a la que yo me integré y eventualmente dirigí, consistió en el tratamiento de 42 pacientes –21 tratados con varios tipos de psicoterapia de base psicoanalítica, llamada “expresiva” o exploratoria, y 21 pacientes tratados con psicoanálisis estándar. Sucedió que muchos de los pacientes enviados a la fundación Menninger sufrían de una condición límite severa. Se trata de importantes alteraciones de la personalidad, actualmente llamadas “organización límite de la personalidad”. El concepto había sido originalmente desarrollado por Robert Knight y sus colaboradores. Muchos pacientes con desórdenes severos de la personalidad se incluyeron en ese proyecto, y el diagnóstico se hizo de modo ligero y tentativo. Cuando el proyecto comenzó, en 1954, no había un claro criterio de corte que estuviera en uso. Esta situación fue muy afortunada, porque resultó que la mitad de la población de pacientes en el lado de la terapia y la mitad en el lado del psicoanálisis sufrían de estos estados límite severos.

Rankin: *Qué suerte para los investigadores.*

Kernberg: Efectivamente. Y en cada caso se digitaron las anotaciones de cada sesión de tratamiento por muchos años. Libros grandes y sustanciosos. De manera que en el momento en que yo llegué allá tuve 42 casos estudiados en detalle. ¡Eso fue una mina de oro! Me di cuenta que se producían ciertas regularidades en el tratamiento, las que habrían facilitado el diagnóstico, de manera que combiné mi interés en la teoría de las relaciones objetales con el interés por clarificar lo que ocurría en este grupo de pacientes, con el propósito de desarrollar alguna hipótesis terapéutica. Luego hicimos el análisis estadístico y cuantitativo del proyecto. Me aportó im-

portantes confirmaciones y desconfirmaciones de la hipótesis planteada.

Rankin: *Y ese tipo de pacientes no era bien entendido en ese momento.*

Kernberg: No. Fui muy afortunado de tener esa población de pacientes, y al iniciar el estudio no me di cuenta que me estaba introduciendo en un tema muy interesante.

Rankin: *¿Cómo llegó usted a su compromiso con el estudio de los desórdenes narcisistas de la personalidad?*

Kernberg: Por casualidad. Uno de los pacientes que yo veía en un análisis supervisado mientras era estudiante en el Instituto de Psicoanálisis en Santiago de Chile, había sido diagnosticado como una personalidad obsesivo-compulsiva. No pude ayudarlo –no cambié ni una pulgada en años y su recuerdo me perseguía. Luego me di cuenta de que era muy parecido a otros pacientes que había visto en la fundación Menninger. Hermann van der Waals, quien había escrito un importante artículo sobre la personalidad narcisista, me dijo: “Esas son personalidades narcisistas”. Nadie había descrito bien esas características en la literatura. Luego tomé otro paciente en psicoanálisis, muy parecido a mi paciente anterior, y sobre la base de mi conocimiento psicoanalítico, entonces en desarrollo, elaboré una tesis específica acerca de cómo tratar a ese paciente. Y así es como desarrollé el tratamiento de la personalidad narcisista, las observaciones diagnósticas, el diagnóstico diferencial entre tipología narcisista y límite, y la generalización del concepto de organización límite de la personalidad. De manera que fue una combinación de suerte e interés.

Rankin: *Un tiempo muy rico, y una confluencia de cosas que llegaron juntas para hacer que eso sucediera. ¿Qué o quién influyó su estilo clínico que parece ser en varios sentidos neutral, pero no pasivo e impersonal?*

Kernberg: Una persona que no he mencionado todavía, que es muy poco conocida hasta ahora, aunque fue un líder de la psiquiatría americana: Me refiero a John White, Jefe de Psiquiatría Pública del Hospital Johns Hopkins. Él creó un método para la entrevista clínica que me inspiró para desarrollar la entrevista estructural. Jamás he visto un mejor entrevistador. Podía comenzar conversando con el paciente y la entrevista podía continuar hasta que él sintiera que sabía lo que quería hacer. Podía durar dos o tres horas. John White tenía, por así decirlo, una manera de ponerse en el fondo, de desaparecer. Era muy directo, muy honesto, y entendía acerca de las personas, en profundidad. Nada

de director de espectáculo. Sólo presentando preguntas que permitían al paciente desenvolverse. Tenía una tremenda capacidad de permitir al paciente revelar su personalidad actual, más bien que preguntar qué pasó 50.000 años atrás. Eso también me influyó en mis entrevistas. Perfiló mi aproximación al estudio de la personalidad actual. Pero quizás lo que también ha sido muy importante para mí es lo emocionante del hecho de atender pacientes con distorsiones severas, que arruinan sus vidas. No hay duda acerca de eso. Esto no es farsa de patología para pacientes acomodados que no tienen nada más que hacer que ir a un psicoanalista. Son personas que no han podido mantener su trabajo, una profesión, una relación de amor. Y con la psicoterapia psicoanalítica y psicoanálisis se puede cambiar su personalidad, mejorar sus vidas. Yo pienso que esa es una contribución importante del psicoanálisis. Y necesitamos hacer investigación empírica en este campo. Una de las cosas en que he sido muy crítico es la falta de investigación sistemática y empírica en el mundo psicoanalítico.

¡CÓMO CAMBIAN LAS PERSONAS!

Rankin: *¿Cree usted que hay una cosa especial, si es que la hay, que contribuye más que cualquier otra a cambiar en un paciente con una alteración de la personalidad?*

Kernberg: Las personas cambian de muchas maneras, con el sentido común, con amigos, con ayuda, con la suerte, con buenas experiencias de vida. Yo creo que la psicoterapia psicoanalítica y el psicoanálisis son probablemente los métodos que promueven los mejores cambios en casos de desórdenes severos de personalidad, a través del mecanismo de análisis de la transferencia, la escisión, la disociación y las relaciones objetales primitivas que determinan y son una expresión de fusión de la identidad, haciendo brotar la normalización de la identidad del paciente e integrando su ser y el concepto de los otros significativos. En ese contexto se posibilita el avance desde los mecanismos de defensa primitivos a los avanzados, y el enderezamiento de la función del ego en el sentido de un aumento del control de impulsos, moderando respuestas afectivas y facilitando compromisos sublimatorios. De modo que creo que ésa es probablemente la mejor aproximación actual para realizar cambios fundamentales de la personalidad. Hay indicaciones y contraindicaciones. No se puede ayudar a todos los pacientes. Creo que el pronóstico depende del tipo de desorden de personalidad, de la inteligencia, de la ganancia secundaria, de la severidad de los hechos antisociales, de la calidad de las relaciones objetales, del nivel hasta el cual haya de-

sarrollado algún grado de libertad en la vida sexual. De manera que hay muchas características que hacen diferente la indicación, contraindicación y pronóstico de cada caso individual. Nos encontramos a medio camino en el intento de precisar estos conceptos.

“EL ENTRENAMIENTO EN PSICOTERAPIA SE ESTÁ YENDO AL TACHO”

Rankin: *Con frecuencia usted enfatiza la importancia del entrenamiento, el asegurarse realmente de que los terapeutas sepan lo que están haciendo y a lo que se están enfrentando en términos del paciente. ¿Puede hablar de ese punto?*

Kernberg: En primer término, sí, soy muy crítico de la chapucería en el tratamiento de los pacientes basado en alguna teoría caótica. Cada persona que inventa un método de tratamiento inventa su propia teoría ad hoc para el tratamiento. Yo encuentro que esto hace daño al área, al tratamiento y a los pacientes. Además, es mala ciencia. Una cosa que me gusta del psicoanálisis es que tiene una teoría integrada del desarrollo, estructura y psicopatología, que se presta para desplegar una teoría de la técnica de intervención. No estoy diciendo que sea la única, pero esa es una de sus fortalezas. Pienso que cuando se aplican varias técnicas a partir de diferentes modelos teóricos no pueden terminar más que en una situación caótica en la cual la transferencia y la contra transferencia llevarán la relación en una dirección o la otra. No digo que no se pueda ayudar a los pacientes con esto. Pero no se puede aprender cómo efectuar un enfoque determinado. He visto muchas malas consecuencias de ello. Porque en esos casos no se ajusta la técnica a las necesidades del paciente y, por lo mismo, el aporte es menor. De manera que yo prefiero tener un terapeuta cognitivo-conductual, es decir, una teoría general bien integrada que se aplica a este campo, más que uno de esas escuelas esotéricas que brotan por doquier. En este campo hay tanta brujería, tanta moda y charlatanería. Se paga por eso, y por supuesto requiere investigación. Desafortunadamente, la mayor parte de la investigación que se ha efectuado en psicoterapia breve ha sido hecha por no terapeutas con no pacientes en encuadres universitarios con el objetivo de generar publicaciones, de manera que el tratamiento real que se hace clínicamente ha sido investigado sólo de manera limitada. Creo que esa es nuestra tarea más grande. Y creo que necesitamos desarrollar tratamientos manualizados para los psicoterapeutas de largo tiempo, cualquiera sea su formación previa. Y evaluarlos en forma científica. Con respecto al entrenamiento, pienso que se debería enfocar en la teoría de la personalidad y en

el cambio de la personalidad como base de la técnica. Y luego, aplicarlo a las situaciones clínicas.

Rankin: *¿Qué piensa del impacto del managed care³ en psicoterapia?*

Kernberg: El entrenamiento en psicoterapia se está “yendo al tacho” en EE.UU., por el efecto de la corrupción de las aseguradoras de salud, este terrible sistema de lucro que se oculta bajo la máscara de “managed care” (administración de salud), cuando en realidad es administración de dinero. Bajo su presión, la psicoterapia de largo tiempo está ahora disponible sólo para aquellos que pueden pagar privadamente por ella. De modo que estamos privando de tratamiento a un segmento significativo de la población. Yo confío en que este sistema va a explotar por sus propios efectos de corrupción y estructura. Esto ya está ocurriendo. A la larga, nuestro conocimiento y desarrollo científico de la psicoterapia restaurará un óptimo nivel de práctica psiquiátrica y psicoterapéutica. Creo que mientras tanto vivimos en un estilo democrático “happy go lucky” (a la buena ventura) en el que cualquier cosa cabe. Esto crea desconfianza en el público, cinismo en la profesión y no es saludable para los pacientes.

Rankin: *¿Ha considerado maneras de revertir esta tendencia?*

Kernberg: Creo que la solución es, a la larga, investigación científica. En mi propio Instituto de Desórdenes de la Personalidad estamos tratando de contribuir de manera modesta realizando investigación empírica. Hemos randomizado tres grupos de 40 pacientes cada uno, todos con el diagnóstico de desorden de personalidad límite. Un grupo será tratado con psicoterapia enfocada en la transferencia, que es una psicoterapia psicoanalítica que hemos desarrollado y probado. El segundo, con Terapia Conductual Dialéctica (DBT), desarrollada por Marsha Linehan para pacientes límite-suicidas. Y el tercero, psicoterapia de soporte, basada en principios psicoanalíticos. Vamos a comparar estos tratamientos no simplemente como en una carrera de caballos sino que estamos tratando de estudiar qué mecanismos y procesos están conectados con qué mecanismos de cambio. Yo no creo que un tratamiento es “mejor” que los otros, pero hay tipos específicos de pacientes que responden mejor a uno u otro, o que los tratamientos pueden ser igualmente buenos sobre la base de diferentes mecanismos de cambio. Estoy lejos de creer que los aspectos no específicos de la psicote-

rapia son los que explican su efectividad, puesto que todos los estudios en que se basan esas conclusiones son realizados en psicoterapias breves, con terapeutas de naturaleza muy cuestionable. Nadie ha estudiado y comparado todavía las psicoterapias prolongadas sobre bases sólidas, como las que he tratado de definir.

CRÍTICA A LOS MEDIOS Y A LA CULTURA POP

Rankin: *Volviendo a lo que hablamos antes, me preguntaba si usted podría decir algo acerca de la representación de los psicoterapeutas en los medios. ¿Qué piensa acerca de cómo son representados los psicoterapeutas en las películas y en la televisión? Anteriormente usted ha destacado cómo el eclecticismo en este campo está llevando a una difusión y representación erróneas.*

Kernberg: En general, los psicoterapeutas son representados de manera simplificada y casi caricaturizada en las películas. Lo que actualmente está muy de moda en este país es la aproximación llamada “intersubjetiva”, en la cual el terapeuta queda “expuesto” y la gente se impresiona de lo reales que son los terapeutas. Yo creo que eso refleja una cultura dominante de hacer las cosas rápido, inmediatamente; la cultura de la fe, la buena fe, la calidez, la creencia en el ser humano, que ayuda a todos. Pero esto es diferente de la realidad que enfrentamos cuando tratamos pacientes que sufren a causa de conflictos severos regresivos, cuya necesidad más importante es destruir la relación terapéutica, que envidian la capacidad del terapeuta de ayudarlos –ese tipo de casos no los vemos en las películas, excepto algunos, en que los muestran como monstruos y la gente queda horrorizada. Y existe una crítica cultural fuerte al psicoanálisis, que no es nueva pero que ahora toma la forma de “el psicoanálisis es largo, caro, no ha demostrado su eficacia y efectividad, y los pacientes pueden ser ayudados por psicoterapias breves”. Con frecuencia presentan a la psicoterapia como una forma de chamanismo.

Al mismo tiempo, la combinación del importante desarrollo de la psiquiatría biológica, las presiones financieras que reducen la disponibilidad de tratamiento psicoterapéutico, la crítica cultural a la subjetividad, el deseo de soluciones de adaptación rápidas, han tendido a disminuir la participación de la psiquiatría, las psicoterapias psicodinámicas y el entrenamiento de psiquiatras en este campo. Se ha retornado a la vieja separación entre la psiquiatría biológica (centrada en la investigación básica y el tratamiento psicofarmacológico) y la psicoterapia (empujada hacia otras profesiones desconectadas de la medicina y de la psiquiatría). Yo pienso que todo eso es desafortunado, pues conduce a una artificial división mente/cuerpo.

³ Instituciones aseguradoras de salud.

Rankin: *¿Puede decir algo más acerca de esta división mente/cuerpo?*

Kernberg: El impacto de la nueva neurociencia en la psicoterapia es muy mal entendido. Yo creo que hay mucha excitación prematura y reduccionista con todos estos nuevos hallazgos. Tenemos importantes nuevos hallazgos del sistema nervioso central, como una consecuencia de la psicoterapia, y correlaciones entre alteraciones psiquiátricas y funcionamiento del cerebro. Pero estos nuevos desarrollos no tienen todavía ninguna implicancia práctica ni en la teoría ni en la técnica. Creo que debemos mantener eso en mente.

Rankin: *¿Cómo ve usted la aplicación en la clínica de los hechos de la relación mente/cuerpo?*

Kernberg: Por supuesto que se aplica en lo que respecta a las drogas psicofarmacológicas derivadas de nuestro mejor conocimiento de los neurotransmisores. Ello es verdadero para el caso de la esquizofrenia, alteraciones afectivas importantes, síndromes de depresión y ansiedad en general, pero no lo es para los trastornos de la personalidad, las dificultades sexuales y las inhibiciones que van con ellas. Por el contrario, los medicamentos tienen un efecto sintomático muy limitado en la ansiedad y depresión, pero ninguno en la psicopatología básica. La ilusión de que eventualmente cualquier cosa puede ser mejorada con una pastilla es una ilusión que ha existido por mucho tiempo, y yo creo que hay buenas razones, tanto teóricas y prácticas como clínicas para cuestionarlo.

LA CUESTIÓN DEL AMOR

Rankin: *Quiero cambiar a un interés diferente suyo que explora en su nuevo libro Love Relations: Normality and Pathology⁴. Me llamó la atención en el contexto de todo el resto de su obra. Escribir un libro sobre el amor parecía un cambio drástico. ¿Qué lo impulsó a escribir este libro?*

Kernberg: Como mencioné en la introducción del libro, se me ha acusado de dedicarme sólo al odio y a la agresión, así que pensé que sería agradable escribir acerca del amor.

Rankin: *¿Fue interesante investigar y escribir este libro?*

Kernberg: Fue interesante, pero también difícil, porque cuando me introduje en el tema me di cuenta de lo

complicado que es, y que debía renunciar a explorar muchas áreas en las que me habría encantado hacerlo. De manera que el libro tiene limitaciones importantes. La observación de que el grado de patología (de la alteración de la personalidad) de uno o ambos participantes de la pareja no nos permite establecer un pronóstico de cómo le irá a esa pareja. ¡Dos personas perfectamente sanas se juntan y puede ser como el infierno en la tierra; dos personas extremadamente aporreadas se juntan y tienen una relación maravillosa! De manera que la observación clínica produjo mi curiosidad, porque, por supuesto, es una situación que también enfrentan los pacientes borderline: formar pareja y casarse.

También me interesé en el tema de las relaciones sexuales, porque encontré que había dos tipos de pacientes borderline –estoy usando el término de manera simple, en el sentido de alteraciones de la personalidad. Unos con una inhibición primaria extremadamente severa de toda la capacidad sexual: de activación sensual o placer, de deseo sexual, de la capacidad de masturbación, etcétera. Esos pacientes tenían un mal pronóstico porque en el tratamiento, a medida que todo se iba consolidando, los mecanismos represivos inhiben esa sexualidad en un grado mayor. Por otro lado están aquellos con sexualidad salvaje, promiscua –sexualidad perversa polimorfa, invertida, pan-sexualidad, con masoquismo, sadismo, voyerismo, exhibicionismo, fetichismo, homosexualidad, heterosexualidad, todo... Estas personas, con una vida sexual caótica, parecían tener un pronóstico terrible, pero sucedía lo opuesto. A esos pacientes les iba extremadamente bien una vez que su personalidad funcionaba mejor. De manera que despertó mi interés tratar de entender esta inhibición sexual extremadamente severa y qué se podría hacer al respecto. Y por supuesto, una pregunta más básica acerca de cuánto pueden contribuir los miembros de una pareja a inhibirse uno a otro, o a ayudarse para conseguir una mayor liberación sexual. Eso es, en pocas palabras.

¿QUÉ HACE A LOS BUENOS TERAPEUTAS Y A LOS BUENOS ANALISTAS?

Rankin: *¿Tiene usted alguna idea acerca de las características de personalidad que un analista o terapeuta necesita tener para trabajar en trastornos severos de la personalidad o en los trastornos leves?*

Kernberg: Esa es una buena pregunta. Si miro en nuestra experiencia, hemos formado a muchos terapeutas durante 20 años de entrenamiento y supervisión. Yo creo que personas con personalidades muy diferentes pueden llegar a ser muy buenos terapeutas. No tengo nada

⁴ Existe una versión en castellano disponible en Paidós, Buenos Aires. Se puede comprar por Internet en www.cyberferia.com, pinchando el aviso de Editorial Paidós.

profundo o nuevo que decir acerca de esto, que no pudiera decir cualquiera con alguna experiencia en este campo. Pienso que es importante, primero que todo, que el terapeuta sea inteligente, eso ayuda. Segundo, que sea abierto emocionalmente. Que tenga una personalidad suficientemente madura, por un lado, y abierto a la experiencia primitiva, en contraste con alguien que está extremadamente restringido. Ayuda no ser excesivamente paranoide, infantil u obsesivo-compulsivo. Aunque digo excesivo porque tenemos toda clase de terapeutas –todos básicamente honestos con ellos mismos y con los demás– con un deseo de aprender. Por lo tanto, ayuda no tener un narcisismo patológico. Si usted es muy narcisista, no tiene la paciencia para trabajar con pacientes con muchos problemas y su capacidad de empatía es limitada.

Rankin: Pero también parece que se necesita una dosis saludable de esos mismos rasgos.

Kernberg: Sí, algunos de nosotros estamos explorando eso. Yo realmente no tengo una buena respuesta. Pero hay personas que tienen un talento para eso, como los que tienen talento para tocar el piano. Yo no sé si acaso los expertos podrían decir que se necesita una personalidad determinada para tocar el piano. Hay algunas personas que tienen el talento. Algunas personas son capaces de hacerlo casi sin ningún entrenamiento. Es casi atemorizante que sepan cosas antes de que se las enseñemos. Es malo para nuestra autoestima. Yo he conocido terapeutas con quienes he tenido la sensación de que existe una capacidad de nacimiento que con poco... florece. Y otros que nunca aprendieron, aunque eran inteligentes y empeñosos. Y no soy capaz, en este momento, de especificar lo que es. Pero lo podemos descubrir. Dicho muy simplemente, nosotros les decimos a las personas que quieren entrenarse: "tráiganos una grabación; la mejor grabación que tenga, de cualquier sesión que haya tenido, un video con un paciente en tratamiento". Y hemos desarrollado métodos de la interacción psicoterapéutica mediante los cuales podemos seleccionar quién tiene el talento para hacerlo. Podemos evaluar muy rápidamente con un método manualizado si el terapeuta podrá incorporarse y si es competente. La competencia se observa en la conversación, en su capacidad de focalizarse con claridad en lo que es relevante, haciéndolo relativamente rápido y en profundidad. La combinación de la relevancia, claridad, velocidad y profundidad nos dice

quién es un buen terapeuta. Es tremendamente simple y funciona.

Y le diré que algunos psicoanalistas experimentados son terribles, y algunos jóvenes en entrenamiento son muy buenos. Esto genera un problema: ¿tiene uno que ser un psicoanalista para hacer esta clase de tratamiento? Yo diría que ayuda tener entrenamiento psicoanalítico, pero no es indispensable. Hay algunas personas que tienen tanto talento que pueden hacerlo sin entrenamiento psicoanalítico, aunque siempre ayuda tener una experiencia personal psicoterapéutica, particularmente si la persona tiene algún "punto ciego" en cierta área. A veces un tratamiento psicoanalítico o psicoterapia psicoanalítica ayuda.

Rankin: Usted ha escrito acerca de la importancia de la seguridad ("safety") del terapeuta. A mí realmente me impresionó. No había escuchado antes a otro expresar esto tan claramente. La habilidad de ser capaz de sentir cuándo la seguridad es un asunto importante parece algo primordial. Así, la capacidad de darse cuenta, de ser capaz de tener insight en estas áreas y saber cuándo algo es un problema, es muy importante para la seguridad del terapeuta y también para el nivel de seguridad que se le puede dar al paciente.

Kernberg: Exactamente. Le permite a uno mantener el marco del tratamiento. Es absolutamente esencial. El terapeuta tiene que mantener el control sobre la situación terapéutica. El terapeuta es quien tiene que estar a cargo. Hay una autoridad real del terapeuta que tiene que diferenciarse del autoritarismo, que sería el abuso de esa autoridad. Existe una especie de movimiento cultural hacia la "democratización" del autoritarismo psicoterapéutico. Una parte importante de la autoridad del terapeuta depende de que éste sea capaz de mantener el marco del tratamiento. Y nuestra propia seguridad es esencial en este aspecto. Cuando se trata a personas con alteraciones severas de la personalidad, la seguridad física, psicológica, legal en este país, que es tan litigante, es crucial. Es la cultura más paranoica que conozco en el mundo civilizado. No he estado en la selva...

Rankin: ¡Puede que estemos cerca!

Kernberg: Quizá es así. Vivimos en una cultura muy paranoica.

Rankin: Muchas gracias por su tiempo.

Kernberg: De nada.

SIMPOSIO INTERNACIONAL:
“EVOLUCIÓN Y PSIQUIATRÍA CONTEMPORÁNEA”

INTRODUCCIÓN¹

(Rev GPU 2007; 3; 1: 39-40)

Enrique Jadresic²

Colegas, amigos:

Junto con darles la bienvenida al Simposio Internacional “Evolución y Psiquiatría Contemporánea” deseamos contarles un poco de cómo se gestó. Hace unos cuatro o cinco años nos hallábamos un día en Lima, Perú; y aprovechando uno de esos momentos de esparcimiento que se dan de tanto en tanto cuando se asiste a un congreso médico, nos arrancamos a una feria donde vendían esa vibrante artesanía peruana que probablemente muchos de ustedes conocen, y al salir nos encontramos con Julio Sanjuán³, amigo de la época en que coincidimos estudiando psiquiatría en Londres. No nos habíamos visto alrededor de veinte años pero el encuentro –de sólo segundos pero suficiente para reconocernos e intercambiar algunas palabras– bastó para que retomáramos nuestra antigua amistad, la que hemos mantenido desde entonces, ayudados –por cierto– por la comunicación fácil que nos provee hoy el ciberespacio más el ocasional encuentro en algún congreso científico. El simposio de hoy día tiene mucho que ver con ese encuentro fortuito ya que, poco después, Julio nos envió el primero de sus libros, “Evo-

lución Cerebral y Psiquiatría Contemporánea”⁴, el que despertó nuestra curiosidad por el apasionante tema que trataremos hoy.

Posteriormente supimos que en nuestro medio varios colegas y amigos, César Ojeda, Hernán Silva, y luego Jaime Santander, Carlos Téllez y otros, también se habían estado interesando por los aportes relacionados con la integración de la visión evolucionaria a la psiquiatría actual. De ahí que el año 2005 decidiéramos organizar un pequeño simposio, que denominamos “Evolución y Psicopatología” durante el último (nuestro sexagésimo) Congreso Chileno de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, organizado por SONEPSYN, efectuado en noviembre en Pucón, el que fue más exitoso de lo esperado. Ello nos motivó a organizar este otro encuentro –el simposio de hoy–, algo más ambicioso que el anterior, del cual se podría decir que es la continuación natural.

Ahora bien, como médicos, deseamos subrayar que no obstante estar la medicina basada en la biología, de la cual la evolución es su teoría explicativa principal, sorprende que nuestra profesión haya permanecido sustancialmente separada de la evolución durante más

¹ Organizado por la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía (SONEPSYN) en Santiago de Chile, el 7 de julio de 2006. En este número de GPU se presentan seis trabajos basados en las ponencias de ese simposium (N. del E.).

² Departamento de Psiquiatría Norte, Universidad de Chile.

³ Psiquiatra, Profesor Titular de la Universidad de Valencia, España. Chair de la Task Force on Evolutionary Psychiatry (2005-2009) de la World Federation of Societies of Biological Psychiatry.

⁴ Sanjuán J (Ed). *Evolución Cerebral y Psicopatología*. Triacastela, Madrid, 2000.

de cien años. En efecto, recién con la aparición de "El Amanecer de la Medicina Darwiniana", texto publicado en 1991⁵, se da cuenta de la convergencia alcanzada entre medicina y evolución.

En la actualidad la Medicina Evolucionaria o Darwiniana, su calificativo inicial, está convertida, según algunos autores, en una disciplina establecida, con numerosas aplicaciones a la investigación y práctica clínicas. Por ejemplo, varios signos y síntomas clínicos, como la fiebre, tos, vómitos, diarrea, dolor, irritación, habitualmente considerados como parte del problema, son ahora conceptualizados como rasgos útiles, que permanecen latentes hasta que se les necesita⁶. Es decir, se acepta que han sido incorporados por la selección natural como funciones, formando parte más bien de la solución, respuesta o defensa del organismo frente a las agresiones que inevitablemente depara la existencia.

De la misma manera como ha ocurrido en la mayoría de las especialidades médicas, se puede decir que hasta hace poco era sorprendentemente nulo el interés de la mayoría de las escuelas psiquiátricas por las ideas de Darwin. Mas, en los últimos años lo que diversos autores han denominado psiquiatría evolucionaria ha emergido como una visión unitaria hacia la cual han ido derivando investigadores de diversas procedencias. De este modo, después de la primera gran revolución de la psiquiatría contemporánea, representada por el psicoanálisis y la fenomenología clínica, y luego de la segunda revolución que significaron la psicofarmacología y la psiquiatría biológica, con el advenimiento del siglo XXI se insinúa una tercera gran revolución, lo que César Ojeda ha denominado "La Tercera Etapa"⁷. Si bien se trata de una visión no exenta de controversia, sobresale por lo iluminador de sus conceptos y porque gracias a los avances tecnológicos actuales, como aquellos que representan las técnicas de neuroimágenes, se cuenta

cada vez más con evidencia empírica que avala muchos de sus postulados.

Como ha dicho Hernán Silva en su comentario del libro de Ojeda, "en una época en que la masiva producción de datos amenaza con oscurecer la visión de las líneas fundamentales del pensamiento psiquiátrico, es de esperar que la "Tercera Etapa" promueva una reflexión más profunda"⁸. Este simposio apunta en esa dirección.

Pero las ideas descritas por Darwin en el siglo XIX tienen una potencia explicativa que va más allá de sus alcances relacionados con la biología, impulsando en la actualidad el desarrollo de contribuciones que trascienden al ámbito psicológico, político-social, económico y se proyectan a otras áreas como el arte, la literatura y aun la moral⁹. Por eso, en lo que constituye algo inusual para las actividades de EMC de SONEPSYN, en esta ocasión hemos invitado a participar –como asistentes, aunque esperamos que en el futuro sea como expositores– a estudiosos e interesados en las conductas de las personas no sólo a médicos no psiquiatras sino también a psicólogos, investigadores en neurociencias, teóricos del arte, economistas, entre otros. Como Darwin, pensamos que la diversidad es presagio de futuro.

Para terminar, deseamos agradecer a GSK, Pfizer, ROCHE el apoyo económico que hizo posible este encuentro. Con una actitud abierta y avizorando lo que viene, han sabido valorar y apoyar un encuentro cuyo propósito es distinto a muchos de los eventos, auspiciados por la industria farmacéutica, que hoy congregan a los especialistas. Recalcamos el auspicio otorgado por el diario *El Mercurio*. Asimismo, deseamos destacar el esfuerzo y la colaboración del Profesor Sanjuán, quien por segunda vez visita Chile, como también las valiosas contribuciones de los conferencistas nacionales. Finalmente, agradecemos a la Sra. Victoria Merello, Secretaria de Docencia de SONEPSYN, de gestión diligente e invaluable.

⁵ Williams GC, Nesse RM. *The Dawn of Darwinian Medicine*. Quarterly Review of Biology 1991; 66: 1-22

⁶ Spotorno A. Medicina Evolucionaria: una ciencia básica emergente. Revista Médica de Chile 2005; 133: 231-240

⁷ Ojeda C. *La Tercera Etapa. Ensayos críticos sobre psiquiatría contemporánea*. Editorial Cuatro Vientos, Santiago de Chile, 2003

⁸ Silva H. Reseña sobre el libro "La Tercera Etapa. Ensayos críticos sobre psiquiatría contemporánea", de César Ojeda, publicada en el diario *El Mercurio* el 15 de febrero de 2004. Disponible en <http://www.cuatrovientos.net/filosofia/terceraetapa.html>

⁹ Fischer A. *Evolución. El nuevo paradigma*. Segunda edición. Editorial Universitaria, Santiago de Chile, 2001

SIMPOSIO INTERNACIONAL:
“EVOLUCIÓN Y PSIQUIATRÍA CONTEMPORÁNEA”

¿ES LA DEPRESIÓN UNA ADAPTACIÓN U OPORTUNIDAD?¹

(Rev GPU 2007; 3; 1: 41-46)

Hernán Silva²

En los últimos años varias publicaciones han abordado la depresión desde la perspectiva de la teoría de la evolución. Entre ellas resultan de gran interés las que plantean que los trastornos depresivos pueden constituir formas de adaptación. En este trabajo se analizan las hipótesis más importantes que adoptan este enfoque. Se incluyen las hipótesis de la competitividad social, de la conservación de recursos, de la depresión como epifenómeno del apego, de la navegación social, del riesgo social y de las diferencias individuales. Se concluye que las hipótesis que consideran a la depresión como una adaptación pueden explicar mejor los cuadros reactivos y los primeros episodios depresivos, en cambio resultan más difíciles de explicar las recurrencias sin factores desencadenantes y la evolución hacia la bipolaridad. La heterogeneidad de cuadros que se incluyen dentro de la categoría diagnóstica de depresión mayor abre la posibilidad de que algunas formas clínicas puedan constituir adaptaciones.

La consideración de la depresión desde la perspectiva de la teoría de la evolución constituye un enfoque novedoso y que puede resultar muy útil para entender la naturaleza y el significado de uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes. En los últimos años se han publicado varios trabajos desde este punto de vista. En lo que sigue se presenta un análisis de algunos de los puntos más importantes señalados en esas publicaciones.

Se considera que las manifestaciones de una enfermedad pueden tener tres fuentes: 1) se originan di-

rectamente de un defecto de la maquinaria corporal, 2) son defensas, o 3) son desregulaciones de defensas (1).

Las manifestaciones de enfermedad que se originan directamente de defectos corporales, como la ictericia o las convulsiones, no tienen utilidad alguna. En cambio, defensas como el dolor o la fiebre son adaptaciones mantenidas por selección natural. Otras enfermedades pueden originarse en defensas desreguladas o extremas, como el dolor crónico o la deshidratación por diarrea.

Hacer esta distinción es importante. Corregir un defecto generalmente es útil, pero bloquear una defen-

¹ Este trabajo fue presentado en el Simposio Internacional “Evolución y Psiquiatría Contemporánea”, organizado por la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. Santiago de Chile, 7 de julio de 2006.

² Clínica Psiquiátrica Universitaria, Facultad de Medicina, Campus Norte, Universidad de Chile.

sa puede ser peligroso. Un ejemplo es el tratamiento farmacológico de la diarrea producida por *Shigella*, el que puede acarrear serias complicaciones. Asimismo difiere la búsqueda de una causalidad: en el caso de un defecto la causa es el defecto mismo; en cambio, en el caso de una defensa (como la tos) la causa yace en la anormalidad que la origina.

La depresión puede ser considerada como un defecto, como una defensa o como desregulación de una defensa. El modo cómo se la considere puede tener importantes consecuencias prácticas. Los pacientes que creen que la depresión es normal pueden rechazar el tratamiento farmacológico por temor a “encubrir el problema real”. En cambio, si creen que es una patología cerebral pueden negarse a examinar cómo sus condiciones vitales pueden contribuir a sus síntomas. Por su parte, los clínicos que creen que la depresión es una adaptación pueden gastar años en lograr que el paciente comprenda su significado. En cambio, otros rechazan activamente tal indagación.

LA DEPRESIÓN ENTENDIDA COMO UNA ADAPTACIÓN

Puede parecer extraño que la depresión pueda constituir una adaptación, ya que es dolorosa e interfiere con el funcionamiento normal. No obstante, otras manifestaciones útiles, como el dolor, la náusea o la fatiga, también son molestos y disruptivos. Probablemente estas expresiones se mantienen por selección natural, ya que promueven la evitación y huida de situaciones que constituyen amenazas. Por lo tanto, su carácter doloroso e interferente sugiere que puede estar relacionado a una defensa.

Por otra parte, la depresión es muy frecuente y el que sean afectadas muchas personas también sugiere que se trata de una defensa. Asimismo, orienta en ese sentido la existencia de depresiones sub-umbrales y de síntomas depresivos aislados en la población general, existiendo un continuo entre las depresiones patológicas y la normalidad.

El surgimiento de la depresión en relación a pérdidas y a sucesos vitales –generalmente negativos–, también orienta a que se trate de una defensa. Sin embargo, los siguientes episodios suelen aparecer de modo espontáneo, lo que sugiere que no se trata de defensas.

Si la depresión tiene tan alto costo para los individuos, ¿por qué ha subsistido hasta ahora? Hay dos posibles explicaciones (2). Primero, que la depresión misma tenga efectos beneficiosos que sobrepasan sus costos (depresión como adaptación). Segundo, que la

depresión puede haber evolucionado indirectamente debido a que sus bases genéticas codifican para otros rasgos (pleiotropía) cuyos beneficios superan los costos (hipótesis del subproducto maladaptativo).

Una adaptación ha sido definida como el desarrollo de una característica heredada, que llega a existir como manifestación en una especie a través de la selección natural, porque ayuda directa o indirectamente a facilitar la reproducción durante el periodo de su evolución (3). Sus características claves son: 1) se origina en una población ancestral, 2) aumenta las oportunidades de los individuos que la poseen en relación a quienes no la poseen, y 3) se extiende hasta llegar a fijarse en el conjunto de genes de la especie.

Las adaptaciones no necesitan estar presentes en todos los individuos durante todo el tiempo (como poseer dos ojos), sino que pueden aparecer en un momento posterior de la vida o cuando se encuentran presentes los desencadenantes ambientales adecuados.

Generalmente es posible la identificación de adaptaciones empleando dos métodos. El primero es la ingeniería reversa o el análisis del diseño funcional (4). Es el análisis de la medida en la que la característica representa un buen diseño para la función adaptativa propuesta. Un corolario del buen diseño es su evocación apropiada, es decir, que la característica debe ser evocada en las circunstancias apropiadas. El segundo método para identificar adaptaciones es demostrar que en ambientes que se parecen significativamente al ancestral, los individuos que naturalmente –o por manipulación experimental– carecen de esa característica, tienen una aptitud reducida (5). Un ejemplo lo constituyen los africanos del este, portadores de un raro factor genético que causa albinismo, los que tienden a morir en la segunda o tercera década de la vida por cáncer a la piel. Este hecho proporciona evidencia del papel protector adaptativo de la melanina (6). Desde esta perspectiva, en la medida en que el ambiente contemporáneo se parezca al ancestral, los individuos que carecen de la capacidad de deprimirse frente a las claves ambientales apropiadas debieran ser menos aptos.

Entre las posibles funciones de la depresión y del bajo estado de ánimo estarían: la solicitud de ayuda, la manipulación de otros para obtener recursos, la conservación de recursos, un epifenómeno del apego, una señal en un conflicto de jerarquías y el abandono de metas inalcanzables (1). Las diversas hipótesis de la depresión como una adaptación incluyen uno o varios de estos elementos.

A continuación se presentan los modelos evolucionistas más importantes que consideran a la depresión como una forma de adaptación.

HIPÓTESIS DE LA COMPETITIVIDAD SOCIAL

La teoría de la evolución conjetura que el acceso a recursos reproductivos varía de acuerdo a la posición o rango que tiene el sujeto dentro del grupo social (7). Por consiguiente, los seres humanos tienen una poderosa motivación para adquirir estatus a través de la competencia con sus congéneres.

Price *et al.* fueron los primeros que desarrollaron una explicación de la depresión basada en la competitividad social (8-11). Este modelo plantea que en cualquier encuentro entre competidores el ganador típicamente adopta una estrategia de escalada, aumentando sus posibilidades de éxito (por ejemplo, enfrentando nuevos rivales). En tanto, el perdedor adopta una estrategia de desescalada, adoptando conductas de subordinación u obsecuencia. Esta estrategia simboliza el abandono de la lucha, minimizando el riesgo de incapacitación física o de muerte al enviar señales que desactivan la conducta agresiva del atacante. En este contexto la depresión es entendida como una estrategia de desescalada involuntaria, que permite al individuo reconocer la derrota en un encuentro ritual y adaptarse a la correspondiente pérdida de rango social.

En la actualidad prevalecería la competencia mediante la atracción. La aptitud individual depende fundamentalmente del atractivo, el prestigio y el valor social (12). Existiría una "capacidad de obtener atención social", entendida como la habilidad de atraer recompensas sociales en la forma de aprobación, aceptación, respeto, admiración, deseo, etc. (13). La agresión puede ser una respuesta común a la privación de la aprobación, soporte, admiración, respeto o amor a los que el individuo se cree merecedor. Pero la pérdida de control sobre tales señales puede activar la respuesta de merma de la confianza, ansiedad y depresión (14).

En síntesis, la propuesta es que la depresión constituye una adaptación que fuerza al perdedor en un conflicto a: 1) cesar de competir con el ganador, 2) aceptar el hecho de que ha perdido, y 3) enviar una señal de sumisión al ganador para detener su conducta opresiva (11, 15). La depresión prolongada sería una incapacidad maladaptativa para aceptar la pérdida en una competencia imposible de ganar.

HIPÓTESIS DE LA CONSERVACIÓN DE RECURSOS

Considera que la inhibición de las funciones apetitivas (como bajo nivel de energía, placer y apetencias) puede ser adaptativa porque permite al individuo conservar recursos y redirigirlos hacia tareas más productivas. El ánimo depresivo estaría instigado por un bajo refuerzo

positivo o por un escaso control sobre los refuerzos o las recompensas. La teoría de Seligman, de la desesperanza aprendida en la depresión, se basó en estudios de animales que mostraban conductas de desesperanza cuando se encontraban sujetos a eventos adversos incontrolables (16). La función del estado depresivo sería desligar al organismo de perseguir incentivos inalcanzables.

Se ha planteado que la depresión es el resultado de perseverar demasiado en conductas que reciben escaso refuerzo (17). También puede deberse a invertir demasiado en pocos objetivos, que cuando fracasan producen un colapso en los sistemas de incentivo y motivación (18).

De acuerdo a lo planteado, la depresión debería ser común entre personas que son incapaces de abandonar la prosecución de objetivos inalcanzables. Situaciones como amar sin ser correspondido, perseguir un objetivo vital ilusorio, tratar de perder peso o de detener el consumo de drogas, satisfacer un fetiche, ser moralmente ejemplar, buscar la fama o tratar de satisfacer a un padre crítico, debieran asociarse más a depresión (1).

En síntesis, es probable que el ánimo bajo y el afecto negativo que le acompaña puedan ayudar al organismo a enfrentar situaciones poco propicias. Algunos aspectos de la depresión pueden ser útiles, como inhibir acciones peligrosas o inútiles en situaciones caracterizadas por la prosecución de metas inalcanzables, tentaciones de desafiar a la autoridad, insuficientes reservas internas para emprender la acción sin sufrir daño, o carencia de una estrategia vital viable (1).

TEORÍA DEL APEGO Y DEPRESIÓN

Los lazos afectivos juegan un importante papel en la evolución humana. El mantener una pareja, formar alianzas diádicas recíprocas, construir coaliciones, se encuentran entre las principales presiones sociales de selección (19). Uno de los más destacados proponentes de esta aproximación fue Bowlby (20). Este autor propuso un argumento evolutivo para entender el vínculo interpersonal, el que se basó en las interacciones entre padres e hijos.

Debido a que las crías humanas tienen una maduración gradual y un largo periodo de desamparo, su supervivencia y futuro éxito reproductivo requieren una intensa contribución de tiempo, preocupación, energía y recursos. De acuerdo a Bowlby, los lazos afectivos aseguran que un padre proporcionará los cuidados necesarios para salvaguardar la supervivencia y posterior

reproducción de sus hijos y, en consecuencia, la probable supervivencia y perpetuación de sus genes.

Asimismo, se ha sugerido que los lazos afectivos entre las parejas sexuales adultas han evolucionado para asegurar la provisión de protección y recursos por el padre durante el embarazo de la madre y durante el periodo en que la madre debe concentrarse predominantemente en el cuidado de los hijos. También las relaciones de afiliación jugarían un papel en la formación de defensas sociales y en la adquisición de recursos, ya que permiten al individuo obtener ayuda de sus familiares.

En relación con la depresión, el modelo del apego sugiere que, cuando las relaciones interpersonales significativas se ven amenazadas, se activan las conductas diseñadas para mantener la proximidad de los cuidadores. De ahí se desprende una serie de conjeturas respecto a la función adaptativa de los estados depresivos (19). Por ejemplo, la depresión puede inhibir las actividades exploratorias o de riesgo en ausencia de vínculos de apego seguros y fomentar las conductas destinadas a mantener esas relaciones. También se ha argumentado que la respuesta depresiva cumple el papel de una llamada de aflicción y provoca una búsqueda de la relación perdida (21). También podría motivar al sujeto que la sufre a evitar un deterioro futuro de los vínculos existentes.

HIPÓTESIS DE LA NAVEGACIÓN SOCIAL

Presupone que la depresión está asociada con un problema social caracterizado por la dependencia y el conflicto de intereses interpersonales. Según este planteamiento, la depresión evolucionó como un conjunto de cambios psicológicos por “evocación de contexto” que mejora la adaptación, o que lo hizo en un ambiente ancestral, al servir a las funciones de reflexión y motivación social (2).

La función de reflexión (rumiación) sustrae energía de las actividades sociales y físicas para focalizarla en una tarea inmediata: un problema social difícil de resolver. Encontrar soluciones a los problemas sociales puede requerir un esfuerzo cognitivo masivo. En ese sentido, la prosecución de intereses hedonistas es probable que retrase o interfiera con esa tarea. Asimismo la reducción de la actividad y de la sociabilidad lleva a que el depresivo evite situaciones que reducen su capacidad de enfocarse en problemas cruciales. Un apoyo a esta idea es que existe una relación positiva entre anhedonia y retardo psicomotor (22).

La función de motivación social busca el reconocimiento por parte de las personas cercanas. Del mismo

modo como el llanto del niño motiva el cuidado de los padres, la depresión equivaldría a un grito de auxilio. El riesgo de suicidio o de muerte sería una forma de extorsión que moviliza las redes de apoyo familiar y social.

La hipótesis de la navegación social tiene importantes consecuencias desde el punto de vista de la terapia. El interferir con la depresión podría evitar que la persona mejore su situación social. En cambio, el no tratar conduciría a buenas o malas evoluciones, en la medida en que los depresivos emplearían estrategias cada vez más riesgosas para resolver sus problemas sociales. Por lo tanto, la terapia debiera centrarse en prestar apoyo a los pacientes para que resuelvan sus problemas sociales (2).

HIPÓTESIS DEL RIESGO SOCIAL

Un aspecto central para la comprensión de la depresión es la importancia de las relaciones sociales para la supervivencia del individuo. Éstas han cambiado desde las épocas ancestrales.

En el pleistoceno la exclusión social constituía un serio riesgo para la supervivencia del individuo, en la medida en que el grupo lo protegía de los predadores y le proveía alimento. Por lo tanto, era fundamental detectar el riesgo de ostracismo. En una suerte de negociación, si el individuo aporta al grupo éste se interesa por mantenerlo; en caso contrario, puede excluirlo.

La depresión sería un mecanismo diseñado para enviar mensajes que reducen el riesgo de ostracismo, como demostrar valía social, sumisión, no competencia y búsqueda de cuidado (19). En la actualidad la naturaleza de la amenaza social ha cambiado y es mucho más compleja. La gente trata de maximizar la inversión que recibe de otros pero también necesita ser sensible a retribuir esa inversión. Hoy la depresión se centra en la pérdida de relaciones, en la carencia de relaciones cercanas y especialmente en sentirse valorado o desvalorizado por otras personas significativas.

Hoy la obtención de protección, sustento e incluso reproducción, se han desacoplado de la necesidad de formar y mantener relaciones sociales. Actualmente es posible el confort y la seguridad en el aislamiento. En las personas solas el aislamiento social, la desesperanza y la autodepreciación no son percibidas en la ecología social y no representan señales de valor social. En la actualidad, y especialmente en las grandes ciudades, se ha incrementado notablemente el número de personas que viven solas, lo que podría tener relación con las elevas cifras de depresión en el último siglo (23).

HIPÓTESIS DE LAS DIFERENCIAS INDIVIDUALES

Un modo de entender la depresión es verla como una adaptación, pero también hay otras posibles explicaciones. Las enfermedades también pueden deberse a que la población se está adaptando a un ambiente complejo y a que en ese proceso existan y sean puestos a prueba diferentes diseños. Si se toma como un ejemplo la estatura, las posibilidades reproductivas aumentan con la mayor estatura, pero sólo hasta un cierto punto. Como los sujetos más altos tienen bebés más grandes aumentan los problemas del parto y hay mayor morbilidad y mortalidad (24). Muchos genes intervienen en la determinación de la estatura final. Como consecuencia, persiste una considerable variación hereditaria de la estatura en la población, con un promedio cercano al óptimo adaptativo.

Del mismo modo, en el plano psíquico un mismo suceso interpersonal causa una perturbación del afecto más profunda y prolongada en algunos individuos que en otros. Esta variación en la respuesta emocional a hechos negativos es capturada en la dimensión *neuroticismo* de la personalidad (25). Esta dimensión es determinada por una multiplicidad de genes. En la población sigue una distribución normal y hay un grado de variación heredable (26).

Cuando el número de genes implicados en un rasgo (como el *neuroticismo*) es elevado, puede mantenerse una significativa variación genética, incluso bajo una fuerte presión selectiva (27). El elevado *neuroticismo* se asocia a pobre salud física y mental y a fallas en las relaciones interpersonales (28). Pero también se asocia a mayor competitividad y es un fuerte predictor de éxito y de logro de metas, entre los sujetos resilientes a sus efectos negativos (29, 30). Las personas con estos rasgos trabajan y se esfuerzan mucho para evitar resultados negativos. Desde ese punto de vista, el *neuroticismo* excesivamente bajo sería negativo.

El *neuroticismo* sería seleccionado por sus efectos beneficiosos en el contexto interpersonal, pero sólo hasta el punto en el que los efectos negativos de la enfermedad física y mental sobrepasan sus beneficios marginales.

Los sujetos con elevado *neuroticismo* serían vulnerables a todo tipo de trastornos afectivos. La depresión se originaría en la tendencia del sistema afectivo —en desviaciones extremas del centro— a entrar en un ciclo de autorrefuerzo que lleva a una negatividad patológica, sobrepasando las tendencias autocorrectivas de los mecanismos emocionales (5).

Al parecer, la capacidad de experimentar hipomanía (aunque no manía completa) puede llevar al éxito

en actividades públicas y aumenta las posibilidades reproductivas.

COMENTARIO

Aquí analizamos sólo las hipótesis de la depresión como una adaptación, pero hay otras perspectivas sobre este trastorno basadas en la teoría de la evolución. Por ejemplo, la hipótesis que considera los cambios del humor como parte de uno de los “mecanismos desencadenantes innatos” descritos por la etología (31). Desde esta perspectiva, la depresión formaría parte de una respuesta global del organismo, la que incluye cambios metabólicos, regulación de niveles hormonales, ritmos ultra y circadianos, experiencias subjetivas de sensación de energía, motivación, etc. Este mecanismo sería uno de los más primitivos, regularía los niveles de energía-actividad y sería desencadenado por los cambios de intensidad de la luz. Evolutivamente se habrían agregado estímulos sociales y de otros tipos. Este modelo explicaría por qué muchos episodios depresivos tienen un ritmo estacional.

También se ha considerado la depresión, en conjunto con la ansiedad, como un extremo de reacción adaptativa. Este planteamiento se basa en la íntima conexión entre los espectros ansioso y depresivo y en el estudio de la filogenia de las emociones (32). Probablemente en el futuro aparecerán nuevas hipótesis para entender la depresión en base a la teoría de la evolución, en la medida en que la psiquiatría entra cada vez más en una nueva etapa caracterizada por la búsqueda no sólo de causas inmediatas (bioquímicas, neurofisiológicas, genéticas, etc.) sino también de causas últimas de tipo evolutivo (33).

Un problema importante que enfrentan todos los estudios sobre depresión es la heterogeneidad de cuadros que se incluyen dentro de esta categoría diagnóstica. Más que una entidad discreta parece ser dimensional y el cuadro clínico no es claramente delimitado. Los criterios diagnósticos que establecen los sistemas de clasificación, como el DSM-IV, son arbitrarios y hasta ahora no han ayudado a entender la etiopatogenia del trastorno así definido (34). Es probable entonces que existan diversos tipos de depresión y que las hipótesis descritas, basadas en la teoría de la evolución, sólo den cuenta de algunas de ellas.

Las hipótesis que consideran la depresión como una forma de adaptación se aplican más a los cuadros reactivos (actuales trastornos de adaptación con estado de ánimo depresivo) o a las primeras fases depresivas. Más difíciles de explicar son las recurrencias, los episodios sin factores desencadenantes y otras variedades

evolutivas, como, por ejemplo, la aparición de elementos del polo maníaco y los ciclos rápidos.

REFERENCIAS

1. Nesse RM. Is depression an adaptation? *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 14-20
2. Watson PJ, Andrews PW. Toward a revised evolutionary adaptationist analysis of depression: the social navigation hypothesis. *J Affect Disord* 2002; 72: 1-14
3. Buss DM, Haselton MG, Schsackleford TK, Bleske AL, Wakefield JC. Adaptations, exaptations and spandrels. *Am Psychol* 1998; 53: 533-548
4. Williams GC. *Adaptation and natural selection*. Princeton University Press, Princeton NJ, 1966
5. Nettle D. Evolutionary origins of depression: a review and reformulation. *J Affect Disord* 2004; 81: 91-102
6. Aquaron R. Oculocutaneous albinism in Cameroon – a 15 years follow-up-study. *Ophthalmic Paediatr Genet* 1990; 11: 255-263
7. Buss DM. *Evolutionary psychology. The new science of the mind*. Allyn & Bacon, New York, 1999
8. Price J. The dominance hierarchy and the evolution of mental illness. *Lancet* 1967; 7502: 243-246
9. Price J. The evolutionary model of psychiatric disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41: 211
10. Price J. The adaptive function of mood change. *Br J Med Psychol* 1998; 71: 465-477
11. Price J, Sloman L, Gardner R, Gilbert P, Rhoads P. The social competition hypothesis of depression. *Br J Psychiatry* 1994; 164: 309-315
12. Barkow JH. *Darwin, sex and status: Biological approach to mind and culture*. University of Toronto Press, Toronto, 1989
13. Gilbert P. The evolution of social attractiveness and its role in shame, humiliation, guilt and therapy. *Br J Med Psychol* 1997; 70: 113-147
14. Baumeister RF, Smart L, Boden JM. Relation of threatened egoism to violence and aggression: The dark side of high self-esteem. *Psychological Rev* 1996; 103: 5-33
15. Gilbert P, Allan S. The role of defeat and entrapment (arrested flight) in depression: an exploration of an evolutionary view. *Psychol Med* 1998; 28: 585-598
16. Seligman MEP. *Helplessness: On depression development and death*. Freeman, San Francisco, 1975
17. Leahy RL. Depression and resistance: An investment model of decision-making. *Behav Therapist* 1997; 20: 3-6
18. Champion LA, Power MJ. Social and cognitive approaches to depression. *Br J Clin Psychol* 1995; 34: 485-503
19. Allen NB, Badcock PBT. The social risk hypothesis of depressed mood. Evolutionary, psychosocial, and neurobiological perspective. *Psychol Bull* 2003; 129: 887-913
20. Bowlby J. *Attachment and loss*. Basic Books, New York, 1980
21. Averill JR. Grief: Its nature and significance. *Psychol Bull* 1968; 70: 721-748
22. Lemke MR, Puhl P, Koethe N, Winkler T. Psychomotor retardation and anhedonia in depression. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 99: 252-256
23. Klerman GL, Weissman MM. Increases rates of depression. *JAMA* 1989; 261: 2229-2235
24. Nettle D. Height and reproductive success in a cohort of British men. *Human Nature* 2002; 13: 473-491
25. Watson D, Clark LA. Negative affectivity: the disposition to experience aversive emotional state. *Psychol Bull* 1984; 96: 465-490
26. Tellegen A, Lykken DT, Bouchart TJ, Wilcott KJ, Rich S. Personality similarity in twins reared apart and together. *J Pers Soc Psychol* 1988; 4: 1031-1039
27. Houle D. How should we explain variance in the genetics variation of traits. *Genetics* 1998; 102: 241-253
28. Neeleman J, Sytema S, Wadsworth M. Propensity to psychiatric and somatic ill-health: evidence for a birth cohort. *Psychol Med* 2002; 32: 793-803
29. Ross SR, Stewart J, Mugge M, Fultz B. The imposter phenomenon, achievements dispositions, and the five factor model. *Pers Individ Dif* 2001; 31: 1347-1355
30. McKenzie J, Taghavi-Khonsari M, Tindell G. Neuroticism and academic achievement: the Furneaux Factor as a measure of academic rigor. *Pers Individ Dif* 2000; 29: 3-11
31. Montañés Rada F, De Lucas Taracena MT. Aspectos evolucionistas de los trastornos afectivos, revisión crítica y propuesta de un Nuevo modelo. *Actas Esp Psiquiatr* 2006; 34: 264-276
32. Sanjuán J, Cela-Conde CJ. *La profecía de Darwin. Del origen de la mente a la psicopatología*. Ars Medica, Barcelona, 2005
33. Ojeda C. *La tercera etapa. Ensayos críticos sobre psiquiatría contemporánea*. Editorial Cuatro Vientos, Santiago de Chile, 2003.
34. Parker G. Beyond major depression. *Psychol Med* 2005; 35: 467-474

SIMPOSIO INTERNACIONAL:
“EVOLUCIÓN Y PSIQUIATRÍA CONTEMPORÁNEA”

CONSIDERACIONES EVOLUTIVO-ADAPTATIVAS DE LA ENFERMEDAD BIPOLAR¹

(Rev GPU 2007; 3; 1: 47-52)

Pedro Retamal², Pablo Salinas³, Carla Contreras⁴

Las enfermedades del estado del ánimo son un grupo de patologías psiquiátricas muy frecuentes en la población y constituyen cuadros de diversa complejidad cuyo manejo contribuye a la disminución del sufrimiento humano. Según el criterio empleado para realizar el diagnóstico, la prevalencia de la enfermedad bipolar (EB) oscila entre el 1 y 5% de la población, y a primera vista resulta difícil entender cómo una característica o rasgo “enfermo” tan frecuente pueda perdurar en la población sin ser eliminado. En los últimos decenios el estudio de las enfermedades, basado en las causas últimas según la teoría de la evolución, busca responder tal interrogante.

La teoría original de Darwin es un modelo que intenta explicar la transformación, a través del tiempo, de distintas especies en formas complejas, que se modifican para adaptarse de diversas maneras a nuevas condiciones medioambientales bajo la premisa de la supervivencia del más “apto” (1, 2). En este caso buscaremos explicar cómo o de qué manera la EB supone una ventaja adaptativa al punto de que es seleccionada y persiste en el curso de evolución (3, 4).

APARICIÓN Y SELECCIÓN DE ENFERMEDADES

Es posible que muchas enfermedades sean causadas por la fricción entre genes que reaccionan frente al desarrollo de la civilización, de un modo que los rasgos que confieren ventajas en un determinado ambiente

consiguen prevalencia elevada. Puede haber ocurrido que algunas patologías fueron promovidas o seleccionadas en el curso de la selección natural por posibles ventajas adaptativas, aunque hoy en día éstas nos parecen aparentemente incomprensibles. Entender tales situaciones acaecidas en la prehistoria según las con-

¹ Este trabajo fue presentado en el Simposio Internacional “Evolución y Psiquiatría Contemporánea”, organizado por la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. Santiago de Chile, 7 de julio de 2006.

² Médico Psiquiatra. Departamento Psiquiatría Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Unidad de Enfermedades del Ánimo, Servicio de Psiquiatría, Hospital del Salvador.

³ Médico Psiquiatra. Invitado Unidad de Enfermedades del Ánimo. Servicio de Psiquiatría. Hospital del Salvador.

⁴ Ayudante Alumna. Departamento Psiquiatría Oriente. Facultad de Medicina Universidad de Chile.

diciones presentes es especialmente difícil para los clínicos, quienes estamos imbuidos en el etnocentrismo temporal contemporáneo (3).

Un ejemplo actualmente considerado patológico y que en la evolución puede haber sido adaptativo, es la anemia de células falciformes. En la década de los años 1950 se encontró una elevada frecuencia de tal tipo de hemoglobina anormal en poblaciones específicas: casi exclusivamente en regiones tropicales o subtropicales. Se pensó que tal frecuencia puede haberse debido a altas tasas de mutación o condiciones que favorecerían a los heterocigotos (para el gen de anemia de células falciformes). Luego se encontró que tal hemoglobiopatía se encontraba en áreas donde la malaria era endémica. Posteriormente las investigaciones confirmaron que la heterocigosidad para esa patología de la hemoglobina determinaba una mayor resistencia a sufrir malaria y parecía ser que la alta frecuencia de los alelos para hemoglobina anormal era consistente con una selección adaptativa de los portadores, que compensa la desventaja que sufren los homocigotos recesivos que padecen una enfermedad muy severa. Es plausible concluir que una enfermedad actualmente presente puede haber surgido de genes que fueron ventajosos en la evolución y que algunas patologías de índole genética pueden ser facilitadas por la selección de factores que eran ventajosos en un ambiente previo y a la vez distinto (3, 4).

Por supuesto que la mayoría de los alelos anómalos en una población son neutros o resultan deletéreos, no son seleccionados en el genoma o simplemente son "ignorados". Para que sea posible considerar la selección darwiniana, sobre todo la de tipo heterocigoto, se requiere que los rasgos o características tengan fundamento genético y sean prevalentes. El estudio de la anemia de células falciformes fue la primera demostración que portadores de genes "enfermos" estaban dotados de ventajas en ciertos ambientes y que la frecuencia de tales genes "nocivos" era inexplicablemente alta en determinadas regiones, produciendo una mejor resistencia a los efectos de la malaria (3, 4).

En relación a las patologías psíquicas la EB es relativamente común (5-8) y con un fuerte componente genético (9). Se ha planteado que su prevalencia superaría los umbrales más conservadores de evolución selectiva. Si así fuera, tales umbrales habrían sido sobrepasados debido a la selección darwiniana de genes adaptativos que estaban presentes en el curso de la evolución. Probablemente los rasgos asociados con tales genes cumplían algún propósito, y tal vez aún son útiles en nuestra sociedad, sin decir que determinen necesariamente un fenotipo saludable (3).

Como los genes surgen por mutación y son seleccionados a favor o en contra en el curso de la evolución, los que se acumulan en el genoma son aquellos que contribuyen a una mejor adaptación dada su expresión fenotípica ventajosa. Por el contrario, mutaciones deletéreas no consiguen frecuencias elevadas en el conjunto del genoma y se expresarán con escasa frecuencia en fenotipos patológicos; estos genes "enfermos" establecen un equilibrio entre las nuevas mutaciones contra la presión de la selección (3, 4).

GENÉTICA Y EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD BIPOLAR

Con frecuencia se presume que la etiología genética es desadaptativa hasta que surge el ejemplo de la anemia de células falciformes: ciertos alelos perduran en el genoma con tasas más elevadas que la frecuencia de mutación debido a la ventaja otorgada por la heterocigosidad.

También existe otro mecanismo que puede favorecer la transmisión de ventajas fenotípicas: la selección neutral. Ciertos genes se ubican en las proximidades de genes ventajosos de manera que la acción de las polimerasas en la meiosis (división celular reproductiva) lleva a la transmisión del gene en cuestión junto al gene ventajoso puesto que la distancia molecular entre ambos es muy pequeña. Respecto de la EB no existe evidencia para aceptar que el proceso de selección neutral pueda explicar la elevada prevalencia de esta patología psíquica (3).

Los análisis de concordancia entre gemelos, estudios de adopción y de riesgo familiar indican la contribución de la genética en el fenotipo bipolar. A lo menos el 65% del fenotipo de gemelos monocigotos puede ser explicado por el componente genético, pero con una concordancia que puede ser tan elevada como el 90%. Ha sido difícil pensar en un posible modo mendeliano de transmisión con participación de pocos genes y la opinión mayoritaria indica una transmisión poligénica compleja (9).

Daniel Wilson (3), al realizar cálculos destinados a cuantificar la probabilidad teórica de ocurrencia de la EB vía selección natural, concluye que la prevalencia es 300 a 6.000 veces superior a la esperada. Considerando cálculos similares en relación a depresión mayor, con una frecuencia poblacional de sólo 1 por 10, se plantea que al estimar una frecuencia espontánea de mutación en la especie humana de 1 por 1.000, esa prevalencia observada sobrepasa en 100 veces la frecuencia de mutación. De tal manera que estas enfermedades del ánimo deben haber otorgado una selección ventajosa

a nuestros ancestros, de lo contrario tendrían una frecuencia menor. Y así como las células falciformes ya no son necesarias para resistir la malaria por la invención de agentes quimioterápicos, el desarrollo sociocultural puede disminuir el valor de genes que codifican para expresiones psicológicas. El factor de riesgo más importante en la EB sigue siendo el antecedente familiar, mayor al ser más cercano el parentesco (gemelos monocigotos). Entre los otros factores más estudiados se encuentran el sexo, etnicidad y ruralidad, así como complicaciones obstétricas, no apareciendo asociaciones positivas entre ellos. La estacionalidad del nacimiento pareciera tener algún rol, encontrándose una leve asociación en aquellos nacidos entre invierno y primavera (10).

Considerando que actuales genes "enfermos" pudieran haber jugado un papel adaptativo en el pasado y que la EB tendría una frecuencia más elevada que la esperada según las mutaciones espontáneas, intentaremos encontrar una explicación.

EL CONTEXTO HISTÓRICO-LITERARIO DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

Una manera de conocer el posible comienzo de las enfermedades psiquiátricas en la historia de la humanidad es encontrar datos históricos y literarios (11). Una de las descripciones más antiguas que se conoce de síntomas similares a la esquizofrenia parece corresponder al personaje Tom de Bedlam en el *Rey Lear*. Esto hace suponer que Shakespeare y sus contemporáneos deben haber estado familiarizados con tal patología (tal vez una descripción previa podría ser la de Carlos VI, el Insensato, que fallece en el S. XVI). En cambio las alusiones a enfermedades mentales transitorias, de evolución fásica, con recuperación total y en estrecha relación con situaciones vitales, podemos encontrarlas con gran antelación en la historia de la humanidad. Tenemos la psicosis del Rey Saúl (Cap. 5 Marcos) y de Nabucodonosor (Cap. 4 Daniel). En el siglo V a. C. Sófocles en la tragedia de Ajax relata un episodio que nos recuerda un episodio de manía y luego una depresión que termina en su muerte. En el siglo XVI Ariosto describe un prolongado episodio de furor (Cantos XXIII, XXIV, XXXIV, XXXIX), manteniéndose el concepto de enfermedad transitoria, provocada por las pasiones y cuya manifestación sobresaliente es la exaltación del ánimo y que hoy día podemos identificar como una fase de manía (11). Otro interesante aporte es la posición que intenta fundamentar que en el *Rey Lear* en realidad se había descrito una manía con componentes confusos y antecedidos por una estructura de personalidad hipertímica (12).

Por lo tanto la EB y las crisis de manía han estado presentes desde más de dos milenios en la historia del hombre y parecen ser las expresiones psicopatológicas más antiguamente descritas (11).

ANTECEDENTES EVOLUTIVOS DEL VALOR ADAPTATIVO DE LA ENFERMEDAD BIPOLAR

En la primera mitad del siglo XX Kretschmer postuló la relación de la constitución leptosómica (delgado, longilíneo) con la esquizofrenia y de la enfermedad maniaco-depresiva con el somatotipo pícnico (grueso, compacto) (13). Las características de los pícnicos son: cabeza grande, cuello grueso y corto, pómulos prominentes, tórax amplio comparado con las extremidades; una moderada adiposidad subcutánea cubre todo el cuerpo y alrededor de los 30 - 40 años tiende a acumularse en abdomen y cuello; en las mujeres se acumula tejido graso especialmente en mamas y pelvis. Los hombros no son amplios y tienden a alinearse con la pelvis.

Se sabe que los antiguos estudios que buscaron una asociación entre enfermedad mental y somatotipo se basaron en la observación de expertos que clasificaron los pacientes como pícnicos o leptosómicos y los resultados indicaban que la mayoría de los maniaco depresivos tenían estructura pícnica (65%) y la minoría leptosómicos y lo inverso se encontraba en el fenotipo esquizofrénico. Estas hipótesis fueron abandonadas hasta que en la mitad del siglo XX Sheldon y Eysenck las consideran muy importantes. Sin embargo, Von Zerssen en 1976 plantea que la correlación es muy débil y sin valor para el diagnóstico, opinión que Shermann considera errónea al efectuar un análisis del método estadístico empleado por Von Zerssen (14).

La hipótesis de una relación entre estructura pícnica y enfermedad maniaco depresiva se basa en: la elevada frecuencia del somatotipo pícnico en los pacientes bipolares, el somatotipo opuesto de los maniaco depresivos y esquizofrénicos, que tiende a excluir los leptosómicos en los bipolares y los pícnicos en los esquizofrénicos; por último, las diferencias también aparecen al comparar los controles normales con los maniacos depresivos, quienes acumulan mayor proporción de pícnicos (15-18).

Se ha considerado que el somatotipo pícnico representa una buena adaptación al clima frío, favoreciendo la conservación del calor (14). Habría que suponer que la asociación entre patología maniaco-depresiva y estructura somática pícnica representaría que los ancestros de los actuales bipolares estaban sometidos a la presión seleccionadora del frío. Con posterioridad surgirían las

adaptaciones culturales a tal clima: ropa, construcciones, uso del fuego y calefacción, de manera que se debilitó la presión de inviernos severos y largos e hizo menos necesaria la adaptación biológica (14, 19-23).

Un cuerpo grueso, con el tronco relativamente grande en comparación con las extremidades, favorecería la conservación del calor; al respecto los estudios antropológicos indicarían que la adaptación al frío en los fósiles homínidos disponibles serían los siguientes: cuerpo compacto, grueso, cerebro grande, pómulos grandes para los senos maxilares; nariz grande con formaciones internas especiales. Así, tanto la forma corporal global como la parte superior del sistema respiratorio estaban adaptadas al frío. La adaptación al frío del somatotipo pícnico puede haber evolucionado al mismo tiempo que la conducta del fenotipo bipolar, pero al considerar tales rasgos psicológicos se podría plantear que la adaptación no fue sólo al frío sino más bien a los vaivenes climáticos estacionales: inviernos muy fríos y largos y veranos breves (14). Tales condiciones ocurrieron con frecuencia e intensidad en el Pleistoceno (periodo en que aparecen los ancestros del hombre contemporáneo 50-100 mil años atrás) (14, 21-23).

Estas ideas de Shermann que consideran al soma y psiquis de los bipolares como adaptación a severas condiciones climáticas pueden ser complementadas con las de Rosenthal y otros, que relacionan la influencia estacional en las enfermedades anímicas como manifestaciones adaptativas al medio ambiente físico (14, 24).

Al respecto el subtipo depresivo estacional o invernal podría tener cierta similitud con los periodos de hibernación animal. Presenta síntomas poco comunes: letargo, hipersomnia, hiperfagia; parece desencadenada por la disminución de luz solar y podría contribuir al ahorro de energía en situaciones de escasez de alimentos en inviernos muy fríos. Por otra parte el posible significado adaptativo de las conductas depresivas o inhibidas puede ser mejor comprendido en una perspectiva evolutiva: un grupo humano reunido para enfrentar un pesado invierno podía lograr mejor convivencia al presentar disminución del interés sexual, alimentación e interacción social llevando tranquilidad a sus miembros; la inactividad conservaba la energía, asunto primordial puesto que los humanos comparados con otras especies tienen menos protección natural (tamaño, rapidez, piel y pelos) además de poseer un cerebro desarrollado que consume proporcionalmente gran energía. En la actualidad los inviernos raramente conducen a la escasez de alimentos, pero el consumo de alimentos continúa en forma elevada y la grasa almacenada no es utilizada (14).

Por el contrario, en los periodos estivales las características de la hipomanía pudieran haber ayudado a cumplir las tareas necesarias para la subsistencia en un periodo más bien breve: mayor interés en la actividad sexual y en la interacción social, con más vigor y laboriosidad, permitiendo cumplir con las actividades necesarias para la supervivencia del grupo y la especie (14).

Actualmente es reconocida la posible influencia de la luz solar en los seres humanos. Comparados con controles normales las personas con EB y sus descendientes serían hipersensibles a la luz, ya que poseerían un umbral más bajo para reducir la producción nocturna de melatonina (25). Esta influencia de la estacionalidad (más que de las variaciones de la luz) en los episodios depresivos y maníacos ha sido tomada en cuenta en los sistemas de clasificación de las enfermedades mentales, puesto que es necesario indicar si los episodios poseen patrón estacional: presentación reiterada en determinada época del año, con remisión o cambio de la depresión a la manía también en determinada época (26).

La hospitalización por manía tiende a ser más frecuente en primavera y verano y menos frecuente en otoño e invierno en prácticamente todos los estudios (14, 27, 28); los índices de suicidio son más elevados en las estaciones cálidas que en las frías (27, 29), en tanto que las hospitalizaciones por depresión tienden a ser más numerosas en épocas frías que cálidas (27, 28). Considerando la probable asociación entre creatividad y enfermedades del ánimo, se conocen estudios que relacionan un aumento de la producción artística general con los periodos más cálidos; un ejemplo específico es el predominio de la obra pictórica de Van Gogh en los periodos de primavera y verano (27).

De acuerdo con lo anterior, existen razones para plantear la hipótesis que las características psíquicas y somatomorfas de la EB pueden haber surgido en relación con mecanismos adaptativos seleccionados por las presiones de inviernos crudos y largos con veranos breves. La primera razón deriva de la relación entre EB y su somatotipo pícnico (grueso, compacto) que se adapta al frío. Por otro lado la influencia de la luz y la estacionalidad, así como la similitud entre las depresiones atípicas (letargo, hipersomnio, hiperfagia, aumento de peso) de la EB con las conductas de hibernación (14).

Las similitudes entre los procesos bioquímicos que subyacen a la hibernación en animales y a la depresión en humanos no dejan de llamar la atención. En la hibernación se produce un gran acopio de reservas grasas por aumento en la ingesta asociado a un detrimento en la actividad intencionada y, el aumento del periodo de sueño, nos hace recordar los fenómenos observado en la depresión atípica (más frecuente en bipolares). El

periodo de hibernación y la depresión con características melancólicas se manifiestan por el aislamiento del ambiente, la falta de energía y la pérdida de peso asociada a la anorexia y el gasto aumentado de reservas grasas, cambios en el patrón de sueño y los siguientes fenómenos metabólicos: hipotiroidismo subclínico reversible, concentraciones elevadas de cortisol en suero, cuociente respiratorio bajo, niveles disminuidos de neurotransmisores y cambios en la actividad de la AMP ciclasa. Así mismo, es posible observar tanto en depresión como en hibernación, una notoria disminución de factores neurotróficos (30).

EL VALOR ADAPTATIVO ACTUAL DE LA ENFERMEDAD BIPOLAR

En este caso tenemos que indagar sobre una enfermedad que, manifestándose en forma suave, con frecuencia puede exhibir síntomas muy graves, y que también puede mostrar características muy especiales y relevantes, entre otras la posible asociación con la creatividad y genialidad, además de mejores niveles socioculturales y educacionales (31-34).

Para el análisis de la probable significación adaptativa de los síntomas de enfermedad bipolar utilizaremos el concepto amplio de espectro bipolar que incluye las manifestaciones más leves de la patología: los rasgos temperamentales (ciclotimia e hipertimia) y síntomas suaves (hipomanía y estados subdepresivos). Naturalmente que cuadros severos como un episodio depresivo o maniaco, especialmente con síntomas psicóticos, impiden una adecuada adaptación (5-8, 35-37).

Parece razonable suponer que las características de una persona con temperamento hipertímico puedan ser útiles en una sociedad que tiende a privilegiar la actividad y el desempeño. Son individuos alegres, optimistas y expansivos, cálidos, de fácil contacto y extrovertidos, tienden a ser locuaces y divertidos, necesitan pocas horas de sueño, incluso los fines de semana (menos de seis horas); son activos, emprendedores y realizan actividades imprevisibles, desinhibidos, ávidos de sensaciones, pero pueden ser excesivamente optimistas y confiados y en ocasiones impertinentes, entrometidos y promiscuos (7, 35, 38). Tales características pueden convertirlos en dedicados al trabajo y otras actividades, obteniendo notorios avances laborales y profesionales, con un optimismo que los convierte en perseverantes y resistentes a la adversidad (39). Estas personas con facilidad entran en sintonía con su medio ambiente facilitando el contacto interpersonal, aspecto opuesto en las personas que sufren esquizofrenia que muestran distancia emocional (7, 35, 38).

Algunos estudios han encontrado que los familiares de pacientes con enfermedad bipolar pueden alcanzar altos rendimientos comparados con familiares de personas sin la enfermedad y con similar nivel educacional (33, 34). Otros estudios han demostrado una asociación entre mejor nivel sociocultural y profesional con la EB (27, 28, 32, 34).

Todo lo anterior nos lleva a sugerir la posibilidad que de alguna forma la transmisión de genes que codifican para EB estaría asociada a la transmisión conjunta de genes que permiten una mejor expresión en el campo intelectual y creatividad llevando a un mejor desempeño en las áreas laboral y educacional, pero que lamentablemente, en la misma persona al encontrarse en determinada disposición (número de genes, falta de factores protectores) causarían la enfermedad del ánimo (40-42). En depresión R. Ness a planteado la hipótesis que las manifestaciones sintomáticas de la patología anímica facilitan un mejor enfrentamiento en ciertas situaciones (43)

Tal vez la incomprensible asociación entre una enfermedad y sus posibles componentes adaptativos puede ser mejor comprendida en una perspectiva evolutiva: 1.- en las épocas más antiguas de la humanidad la EB confería ventajas para la supervivencia, sobre todo mejor adaptación física (constitución endomorfa) y emocional (hiperactividad estival y aislamiento-reposo invernal) a las inclemencias del pleistoceno, 2.- hoy día puede contribuir a la mayor capacidad de trabajo, creatividad y liderazgo (27, 28, 31, 35-38).

REFERENCIAS

1. Darwin Ch. *El origen del Hombre*. Ed. Unidos, México, 1994
2. Darwin Ch. *El origen de las especies*. Ed. Planeta-de Agostini, Barcelona, 1995
3. Wilson D. Evolutionary epidemiology and Manic Depression. *Br J Med Psychology* 1998; 71: 375-395
4. Freeman S, Herron J. *Análisis Evolutivo*. Prentice Hall, Madrid, 2002
5. Johnson S. Defining Bipolar Disorder. En: Johnson S, Leahy R. *Psychosocial Treatment of Bipolar Disorder*. Guilford Press, New York, 2004
6. Vieta E. *Abordaje actual de los Trastornos Bipolares*. Masson, Barcelona, 1999
7. Akiskal H. Classification, Diagnosis and Boundaries of Bipolar Disorders. En: Maj M, Akiskal H, Lopez-Ibor J, Sartorius N. *Bipolar Disorder*. WPA Series. John Wiley and Sons, Chichester, 2002
8. Angst J. The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. *J Affect Disord* 1998; 50: 143-151
9. Tsuang M, Faraone S. *The Genetic of Mood Disorder*. The Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1990
10. Tsuchiya K, Byrne M, Mortensen P. Risk factors in relation to an emergence of bipolar disorder: a systematic review. *Bipolar Disord* 2003; 5: 231-242

11. Retamal P. Antecedentes histórico-literarios de la esquizofrenia y psicosis maniaco-depresiva. En: Retamal P. (Ed.) *Tópicos en Enfermedades Afectivas*. Ediciones Sociedad Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, Santiago, 1991
12. Truskinovsky A. Literary Psychiatric Observation and Diagnosis Through the Ages: King Lear Revisited. *South Med J* 2002; 95(3): 343-352
13. Kretschmer E. *Constitución y Carácter*. Ed. Labor, Barcelona, 1961
14. Sherman J. Evolutionary Origin of Bipolar Disorder. *Psychology* 2001; 12(28:1)
15. Jaspers K. *Psicopatología General*. Fondo de Cultura Económica, México, 1996
16. Weitbrecht H. *Manual de Psiquiatría*. Ed. Gredos, Madrid, 1969
17. Ey H, Bernard P, Bricquet Ch. *Tratado de Psiquiatría*. Toray-Masson, Barcelona, 1969
18. Mayer-Gross W, Slater E, Roth M. *Psiquiatría Clínica*. Paidós, Buenos Aires, 1974
19. Wells H. *Esquema de la Historia Universal*. Ed. Anaconda, Buenos Aires, 1960
20. Pericot L, Maluquer J. *La Humanidad Prehistórica*. Salvat Editores, 1969
21. Leakey R. *El Origen de la Humanidad*. Debate, Madrid, 2000
22. Ember C, Ember M, Peregrine P. *Antropología*. Prentice Hall, Madrid, 2004
23. Reichhoff J. *La Aparición del Hombre*. Drakontos, Barcelona, 1994
24. Wehr T, Rosenthal N. Seasonality and affective illness. *Am J Psychiatry* 1989; 146: 829-839
25. Nurnberger J, Adkins S, Lahiri D, et al. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 572-579
26. American Psychiatric Association. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. DSM-IV. Masson, Barcelona, 1995
27. Jamison K. *Marcados con fuego. La enfermedad maniaco depresiva y el temperamento artístico*. Fondo de Cultura Económica, México, 1998
28. Goodwin F, Jamison K. *Manic Depressive Illness*. Oxford University Press, New York, 1990
29. Retamal P, Humphreys D. Seasonality of Suicide in Santiago of Chile. *Rev Saude Publica U.S.P.* 1998; 32: 408-412
30. Tsiouris J. Metabolic depression in hibernation and major depression: An explanatory theory and an animal model of depression. *Medical Hypotheses* 2005; 65: 829-840
31. Andreasen N. Creativity and mental illness: prevalence rates in writers and their first-degree relatives. *Am J Psychiatry* 1987; 144: 1288-1292
32. Richards R, Kinney D, Lunde I, et al. Creativity in manic depressives, Cyclothymes and their normal first-degree relatives. *J Ab Psychology* 1988; 97: 281-288
33. Simeonova D, Chang K, Strong C, et al. Creativity in familial bipolar disorder. *J Psychiatric Res* 2005; 39: 623-631
34. Coryell W, et al. Bipolar affective disorder and high achievement: a familial association. *Am J Psychiatry* 1989; 146: 983-988
35. Akiskal H, Akiskal K, Allilaire F, et al. Validating affective temperaments in their subaffective and socially positive attributes: Psychometric, clinical and familial data from a French national study. *J Affect Dis* 2005; 85: 29-36
36. Retamal P, Salinas P. Manejo psicoterapéutico y aspectos psicosociales de la enfermedad bipolar. En: Correa E, Silva H, Risco L (Eds.) *Trastornos Bipolares*. Mediterráneo, Santiago, 2006
37. Streljilovich S. Depresión bipolar: El lado oscuro de los trastornos bipolares. En: Correa E, Silva H, Risco L (Eds.) *Trastornos Bipolares*. Mediterráneo, Santiago, 2006
38. Barrantes N, Colom F, Claridge G. Temperamento y personalidad en los Trastornos Bipolares. En: Vieta E. *Trastornos Bipolares Avances Clínicos y Terapéuticos*. Ed. Médica Panamericana, 2001
39. Sakai Y, Akiyama T, Miyake Y, Kawamura, et al. Temperament and job stress in Japanese company employees. *J Affect Dis* 2005; 85: 101-112
40. Krüger S, M.D., Alda M, Young T, et al. Risk and Resilience Markers in Bipolar Disorder: Brain Responses to Emotional Challenge in Bipolar Patients and Their Healthy Siblings. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 257-264
41. Caspi A, Sugden K, Moffitt T, et al. Influence of life stress on depression. Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science* 2003; 301: 386-389
42. Ginns EI, St Jean P, Philibert RA, Galdzicka M. A genome-wide search for chromosomal loci linked to mental health wellness in relatives at high risk for bipolar affective disorder among the Old Order Amish. *Proc Natl Acad Sci USA* 1998; 95: 15531-15536
43. Ness R. Is Depression an Adaptation? *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 14-20

SIMPOSIO INTERNACIONAL:
“EVOLUCIÓN Y PSIQUIATRÍA CONTEMPORÁNEA”

ANÁLISIS EVOLUCIONARIO DE LA ANGUSTIA

(Rev GPU 2007; 3; 1: 53-57)

César Ojeda¹

Hasta hace muy poco los trastornos de ansiedad eran explicados fundamentalmente desde la biología, pero bajo la asunción de que tales estados de ansiedad son patológicos y que por lo tanto reflejan una *anomalía* neurobiológica. Esto sigue los dos axiomas principales de la psiquiatría biológica clásica: que todo *pathos* implica una “fractura” del *soma* y que toda mejoría con el uso de psicofármacos es una prueba de lo primero. Sin embargo, la biología del comportamiento es hoy mucho más amplia, incluyendo disciplinas como la etología, la sociobiología, la genómica y la teoría de la evolución en sus distintas vertientes. Tampoco resulta hoy sustentable el carácter discreto de los “desórdenes mentales” que se desea explicar de esa manera, y por lo mismo, los fenómenos angustiosos se imbrican con numerosos otros sectores de la vida psíquica y psicopatológica. En esta complejidad los trastornos depresivos parecen constituir un problema mayor en lo que no muy afortunadamente se denomina comorbilidad. Como hemos señalado en otro momento², con técnicas de meta-análisis Clark³ en 1989 señaló que el 57% de los pacientes depresivos presentan algún trastorno de ansiedad en el curso de la vida. El *National Comorbidity Survey* (1996) encontró un promedio de 58% de comorbilidad en el curso de la vida, y sólo un índice levemente inferior (51,2%) para la prevalencia en 12 meses. A la inversa, es decir, la presencia de depresión en pacientes con trastornos de ansiedad, es de 56% en el análisis de Clark. Pero, además, los trastornos de ansiedad tienen tanta comorbilidad entre ellos como con la depresión, y ambos, con otros trastornos como el abuso de sustancias, hipocondriasis, trastornos somatomorfos, de la conducta alimentaria y los trastornos de personalidad⁴.

¹ Departamento de Psiquiatría Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

² Ojeda C. Angustia y depresión: ¿comorbilidad o cuadros clínicos complejos? Rev GU 2005; 1; 2: 177-182.

³ Clark LA. *The anxiety and Depressive disorders. Descriptive psychopathology and differential diagnosis*. En: *Anxiety and depression: Distinctive and Overlapping Features*. Kendall PC, Watson D. Academic, San Diego, 1989.

⁴ Para una ampliación ver: Mineka S. *Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders*. Annual Review of Psychology, Annual, 1998.

INTRODUCCIÓN

La comorbilidad entre cuadros depresivos y angustiosos no es entonces un asunto trivial: la depresión que no se presenta complicada con alguna forma de comorbilidad es la excepción, no la regla. En pacientes diagnosticados de depresión mayor el riesgo de tener concomitantemente un trastorno de ansiedad generalizado tiene un *odds ratio*⁵ 8,2 veces mayor que en un grupo control; 5,2 para trastorno de pánico, 3,3 para fobia social y 6,0 para trastorno de estrés post-traumático. En conjunto, el aumento del riesgo de padecer concurrentemente cualquier trastorno por ansiedad es de 5,0 para quienes presentan un cuadro de depresión mayor.

Mirado ahora desde los trastornos de ansiedad, la situación es aún más clara. El riesgo de desarrollar una depresión mayor en el curso de un año en personas que padecen de cualquier trastorno de ansiedad tiene un *odds ratio* de 12, siendo de 62 para el trastorno de ansiedad generalizado, y de 28 para el trastorno de pánico. Esto significa que si un paciente presenta un trastorno de ansiedad tiene entre 7 a 62 veces más probabilidad de padecer una depresión en el curso del siguiente año, respecto de no padecerla. Estas cifras son, por decir lo menos, alarmantes. Además toda la evidencia apunta a que los pacientes que presentan cuadros depresivos y ansiosos concomitantemente cursan con mayor severidad y mayor deterioro laboral y psicosocial, incluyendo mayor número de hospitalizaciones y de intentos suicidas⁶.

Frente a estos datos, es irracional sostener que la depresión y los trastornos angustiosos son cuadros independientes en toda su extensión y que la comorbilidad es producto del azar, como puede ocurrir entre una apendicitis y un aneurisma de la arteria basilar. A través del siglo XX los trastornos depresivos y ansiosos se mantuvieron irracionalmente separados en las nosologías oficiales con el apoyo de algunos investigado-

res (Akiskal⁷ 1985, Cox⁸ 1993). Sin embargo, otros han sostenido que ellos representan sólo una dimensión subyacente o que, en conjunto, forman una clase más general de trastorno del afecto o ánimo (*mood*) (Feldman⁹ 1993, Hodges¹⁰ 1990).

LA PERSPECTIVA EVOLUTIVA

Desde un punto de vista evolucionario, los fenómenos ansioso-depresivos pueden ser concebidos como respuestas emocionales cuyo sentido es resolver problemas de adaptación al ambiente. Estos recursos no incluyen sólo la sobrevivencia y la salud, no sólo los peligros inmediatos provenientes de la naturaleza, sino también las relaciones sociales, el estatus, la reputación, los bienes, las habilidades y destrezas, entre muchos otros rasgos. Es en la posición de un individuo frente a su entorno social, y los peligros que allí se generan, donde la depresión toma un rol preponderante. Por lo mismo, debido a esta "función" de la ansiedad y de la depresión, es esperable que ellas sean elicítadas por claves que implican un riesgo en cada uno de esos ámbitos. En este trabajo nos referiremos al polo Angustia en relación con los peligros naturales.



⁵ *Odds ratio* es un cálculo estadístico para un evento cualquiera obtenido por la división entre el número de tales eventos por el número de no-eventos. Por ejemplo, si un evento ocurre 50 veces y cincuenta veces *no* ocurre, el *odds ratio* es de 1. Si el evento ocurre 75 veces y 25 no ocurre, el *odds ratio* es de 3, y así sucesivamente.

⁶ Hirschfeld R. The Comorbidity of Major Depression and Anxiety Disorders: Recognition and Management in Primary Care. Primary Care Companion. J Clin Psychiatry 2001; 3: 244-54.

⁷ Akiskal HS. Anxiety: definition, relationship to depression, and proposal for an integrative model. En: Tuma and Maser, eds. *Anxiety and the Anxiety Disorders*. Hillsdale, 1985.

⁸ Cox BJ, Swinson PP, Kuch K and Reichman JT. Self-report differentiation of anxiety and depression in an anxiety disorder sample. *Psychol Assess* 1993; 5: 484-86.

⁹ Feldman LA. Distinguishing depression and anxiety in self-report: evidence from confirmatory factor analysis on nonclinical and clinical samples. *J Consult Clin Psychol* 1993; 61: 631-38.

¹⁰ Hodges K. Depression and anxiety in children: a comparison of self-report questionnaires to clinical interview. *Psychol Assess* 1990; 2: 376-81.

SELECCIÓN NATURAL

La angustia es reconocida como un rasgo conductual que ha sido modelado por selección natural y es un tipo de emoción que interesó al mismo Charles Darwin. Aparte de su famosa obra acerca del origen de las especies, publicada en 1859, Darwin escribió, trece años después, *La expresión de las emociones en el hombre y los animales*¹¹, en la que enfatiza el papel comunicacional del miedo. Esta idea original y la importancia evolutiva de las emociones, y específicamente de la angustia en el comportamiento humano, ha sido desarrollada por numerosos autores, destacando entre ellos Marks, Seligman y Neese, algunos de cuyos trabajos serán citados oportunamente.

La angustia es una emoción que implica una coordinación de acontecimientos fisiológicos, cognitivos y conductuales y que ofrece ventajas en determinadas situaciones. Evidentemente, estos acontecimientos no son nada sustantivo, ni menos factores o variables "reales", sino arbitrarios modos de determinar ángulos para observar un fenómeno unitario. La teoría evolucionaria postula que este acontecer emocional está formado como un patrón preprogramado de conductas que permite disponer de habilidades para enfrentar peligros y oportunidades¹².

Para Neese, cada emoción puede ser pensada como un programa computacional diseñado para cumplir una tarea específica de "fitness"¹³ particularmente bien. Por ejemplo, si la tarea es el cortejo, el amor romántico ayuda. Si alguien está siendo traicionado, la rabia es útil. Si un tigre está atacando, el miedoso huir y evitar es mejor. Con independencia de que la imagen de un programa computacional resulta altamente inconveniente en este contexto, para Neese estas respuestas emocionales están "orquestradas" y evolutivamente organizadas para hacer frente a amenazas particulares, lo que permite, en definitiva, aumentar la posibilidad de que los genes individuales pasen a la siguiente generación ante peligros que amenazan los recursos reproductivos.

La idea de que la intensidad y la duración de una reacción de ansiedad o miedo debe ser proporcional al "estímulo" que la desencadena resulta de una simpleza insostenible. La angustia es una reacción de alarma, y por lo mismo *no puede ser proporcional a los*

estímulos, puesto que éstos tan sólo representan alguna potencia destructora, *sin serla*: no entender "estímulo" como "señal" equivale a confundir la sirena con el bombardeo. Específicamente, las reacciones de alarma son "anticipativas" y, por lo mismo, guiadas por claves y códigos que no son sino representantes del "peligro" último que los sustenta. Esta señalización admite muchos niveles de complejidad y en la medida en que la sobrevivencia es tan sólo uno de los factores involucrados, las claves pueden adquirir un alto nivel de simbolización social, que sin duda depende de cada cultura en particular. Pero esa señalización es una cadena articulada que se hunde, a partir de su aparente insensatez, en el más profundo y radical drama biológico, puesto que determina no sólo la sobrevivencia individual sino, también, la perduración del linaje.

EL MODELO INMUNITARIO

Marks, Neese, Varela, Edmunds, Janzen y otros, han considerado que el operar del cerebro es similar al del sistema inmunitario. Esta analogía, a pesar de haber sido usada y concebida de manera muy distinta por cada uno de los autores señalados, en el caso de la angustia y de las reacciones de alarma y defensa, resulta altamente inspiradora. Efectivamente, existen una respuesta inmunitaria general y una específica, y en ambas participan factores celulares y factores humorales. En la primera intervienen células con capacidad fagocítica como los neutrófilos, monocitos y macrófagos, y factores solubles como lisozima, proteínas del complemento, proteína C reactiva e interferon. Este tipo de inmunidad general (también llamada innata) actúa en primera línea frente a agentes infecciosos, y se caracteriza por *no dejar memoria inmunológica*. En cambio, la inmunidad específica, que se supone deriva del contacto con antígenos, es mediada por los linfocitos T y los anticuerpos producidos por los linfocitos B, y, a diferencia de la inmunidad general, *posee memoria*. Las células de la inmunidad específica pueden generar una respuesta defensiva inmune frente a un antígeno, o hacerse tolerantes a él. Poseer memoria quiere decir, en definitiva, que, al igual que las redes neurales¹⁴, el sistema opera *re-conociendo* lo ya conocido, y que por lo mismo, el re-encuentro ocurrirá sobre un sistema que posee *experiencia* sobre este antígeno en particular. De este modo, el comportamiento actual se montará sobre

¹¹ Darwin C. *The expression of the emotions in man and animals*. University of Chicago Press, Chicago, 1965.

¹² Marks IM. *Fears, Phobias and Rituals*. Oxford University Press, N. York, 1987.

¹³ "Fitness" se refiere a la capacidad de un individuo de hacer perdurar sus genes en la descendencia.

¹⁴ Para una ampliación ver: Ojeda C. Vínculos: una perspectiva biológica. GU 2006; 2; 4: 415-431.

esa experiencia, es decir, el sistema tiene la capacidad de *aprender*. Ahora bien, un sistema biológico que posea memoria, aprendizaje, experiencia y comportamiento es un sistema “cognitivo”¹⁵.

Para Marks y Neese¹⁶ las respuestas de ansiedad a las amenazas externas –al modo de los antígenos– hacen emerger tanto una respuesta de ansiedad general, como otras específicas. Las amenazas generales inducen un aumento de la vigilancia y del arousal fisiológico y la planificación de la defensa, y las específicas, también específicos patrones de respuesta. Por ejemplo, las alturas producen un estado de congelamiento o estupor (inmovilidad tensa), las amenazas sociales, sumisión, el ataque de predadores, huida; o la exclusión del grupo, el retorno inmediato y la búsqueda de protección en lo familiar, etcétera. Naturalmente estas respuestas defensivas específicas tienen muchos elementos en común, especialmente de carácter fisiológico, aunque su expresión última pueda ser diferente o sencillamente antagónica (como el estupor y la huida).

ANGUSTIA Y CONDUCTA

Si bien es posible concebir a la angustia como una “emoción”, incluye de modo necesario comportamientos motores, fenómenos imaginarios (recuerdo y fantasía) y perceptivos, y por lo mismo se trata de un fenómeno complejo. De acuerdo a Marks¹⁷, cuatro son las formas en que la angustia puede dar protección ante la amenaza: el escape (*flight*) y la evitación (*pre-flight*), la agresividad, el congelamiento-inmovilidad y la sumisión. Naturalmente estas estrategias pueden combinarse y, por lo mismo, formar patrones conductuales sólo parcialmente diferenciados, sobre una base común, que es la que describió Cannon en 1929¹⁸: la adrenalina actúa sobre los receptores beta en las plaquetas aumentando la coagulación y en el hígado liberando glucosa, aumentado la frecuencia cardíaca, la presión arterial y la velocidad circulatoria; la sangre se redistribuye hacia el tejido muscular, la hiperventilación aumenta la oxigenación de la hemoglobina, la sudoración mantiene la temperatura corporal, etcétera. Estos cambios se producen en mayor o menor grado en

la ansiedad generalizada y en el pánico, y son los mismos con independencia de la señal que desencadena la respuesta: alturas, oscuridad, truenos, separación, escrutinio social o la percepción de los cambios corporales provocados por la respuesta adrenérgica misma, como en las crisis de pánico.

La hipótesis central, desde un punto de vista evolutivo, sostiene que los trastornos de ansiedad corresponden ampliamente a distintos peligros que la humanidad ha debido enfrentar en el curso de su historia como especie, y que los subtipos de la ansiedad no son entidades discretas sino que –como hemos señalado– comparten rasgos fundamentales. Las defensas producto de la evolución suelen ser “exageradas”, puesto que falsas alarmas repetidas tienen menor costo evolutivo que la falta de respuesta en el momento en que el peligro se concreta. Por ello las claves o señales que desencadenan las reacciones de alarma pueden parecer, a un observador que no las lee adecuadamente, excesivas y patológicas.

Si la estructura de las emociones como el miedo ha sido desarrollada evolutivamente para ser desencadenada ante claves que denotan peligros potenciales, es posible reconocerlas no sólo en los estados de ansiedad considerados patológicos sino también en poblaciones estimadas sanas. Un par de conceptos complementarios propuestos por Marks y Seligman, respectivamente, pueden ordenar lo que estamos señalando. Ciertos estímulos tienen “preeminencia” (*prepotence, salience*), es decir, sin mediar condición alguna, son objeto de atención preferencial en distintas especies, lo que implica que la historia evolutiva de la especie predispone a aprender rápidamente o a reaccionar sin experiencia alguna con una respuesta de alarma frente a dichos estímulos. Esta condición fue denominada “preparatividad” (*preparedness*), es decir, la condición de estar facilitado el aprendizaje de temor frente a ciertas claves y no a otras. Por ejemplo, caballos de criadero tienen una respuesta de pánico frente a las serpientes sin jamás haber interactuado con ellas. Inversamente, nadie tiene fobia a las cortinas, pero sí a animales peludos o arácnidos. Así, el miedo se desencadena o se aprende rápidamente ante claves, aunque ellas sean sutiles y analógicas, que representan antiguos peligros. La biografía de la especie vuelve a nacer junto a cada individuo nuevo.

Esta unión de la filogenia (historia de la especie) y de la ontogenia (historia del individuo) parece del todo razonable, y permite un marco teórico más amplio y rico para explicar los trastornos de ansiedad y muchos otros cuadros psiquiátricos. Sin embargo la evolución biológica es un proceso lento, y, en oportunidades, el ambiente puede variar, comparativamente, mucho más rápido, y de ese modo producirse un desfase. Nuestro

¹⁵ Varela F. *El fenómeno de la vida*. Ed. Dolmen, Santiago, 2000.

¹⁶ Marks I, Neese R. Fear, and Fitness: An Evolutionary Analysis of Anxiety. *Ethology and Sociobiology* 1994; 15: 247-261

¹⁷ Marks I. Ver ref 104.

¹⁸ Cannon WB. *Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage*. Harper and Row, NY, 1929.

cerebro y nuestro organismo en general están adaptados para las condiciones de vida del Pleistoceno, y por lo tanto desfasados respecto de los enormes cambios que la civilización ha experimentado en un tiempo casi insignificante en términos de la evolución de la vida en el planeta. Un ejemplo simple de esto podría ser la tercera dentición (muelas del juicio), cuya función de sustituir piezas dentales perdidas antes de los 18 años de edad era altamente ventajosa hasta hace muy pocos años, pero que hoy, al menos en los países desarrollados, se ha transformado en una “especie” de enfermedad, la cual debe ser intervenida quirúrgicamente para evitar los daños ocasionados en la oclusión y la masticación por estas piezas ahora supernumerarias. Este desfase ha sido denominado *genome lag* (salto o retraso genómico), y en él parece residir la clave de una no despreciable parte de las enfermedades contemporáneas relacionadas al estrés. El “síndrome general de adaptación” descrito por Selye¹⁹, es la preparación, en último término, para una actividad física intensa, es decir, para una descarga motora adecuada para la lucha o la huida. La especie humana en los últimos siglos ha disminuido ese tipo de conductas en la vida cotidiana, en parte debido al control del ambiente natural y sus peligros, y en parte debido a la convivencia civilizada. Cabe entonces preguntarse por las claves que desencadenan la respuesta del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, y si éstas no han adquirido en el hombre contemporáneo un carácter simbólico cada vez más complejo, y que si bien generan la respuesta de estrés, no son seguidas por la descarga motora correspondiente.

Por lo mismo, en el ser humano no parece posible simplificar y concebir lo dicho como un sistema lineal de estímulos y respuestas “innatas”. A la inversa, el aprendizaje puede ser fundamental, pero recayendo sobre una estructura evolutiva “sensibilizada” o “preparada” por millones de años de “experiencia filogenética”²⁰.

Los temores que forman parte de las defensas del organismo contra peligros que amenazan el fitness darwiniano en algunos casos se estructuran y se repiten de una manera característica. En esta repetición se va produciendo una estructura montada sobre la base del doble principio de Mowrer. Por ejemplo, las conductas de evitación aumentan su tasa de emisión en la medida en que son inmediatamente seguidas por lo que se conoce como “refuerzo negativo”; es decir, la disminución

de la angustia. Si la experiencia es *repetitiva y organizada*, es decir, si *la anticipación, la evitación, el escape o el control, están regularmente presentes*, y eso disminuye la angustia, se refuerza sistemáticamente la conducta de evitación. Si la persona presenta angustia frente al atrapamiento, por ejemplo, en los ascensores, y necesita tomar hora con el dentista, lo hará con uno que trabaje en el primer o segundo piso, y no con quien lo haga en el piso 15. De ese modo evitará tener que tomar el ascensor pudiendo acceder fácilmente por las escaleras. El *escape* por su parte consiste en salir de la situación temida lo más rápidamente posible, si es que la evitación ha resultado imposible (por ejemplo, bajarse en el piso 10 y no en el 15). Si todo lo anterior ha fracasado en su capacidad de alejar la situación temida, la persona mantendrá un *control* tenso, hipervigilante e ininterrumpido de ella. Por ejemplo, percibirá todas las irregularidades del movimiento del ascensor, su estado general, la velocidad en que se abren y cierran las puertas, los mecanismos de alarma y la expresión de las otras personas. Es merced a esta estructura que podemos denominar “fobias” a los comportamientos descritos antes. No podemos hablar de fobia si alguien tiene una sensación de “muerte inminente”, o si presenta miedo frente a un glanglio infartado, o si teme la picada de una cobra, dar una conferencia o no tener una plena respuesta sexual frente a la persona deseada. Todo ello puede ocurrir, y de hecho lo hace frecuentemente. Lo que a nuestro juicio determina el carácter fóbico de esas situaciones es la *repetición* y la *estructura* señaladas, las que se cumplen también en las crisis de pánico, la ansiedad generalizada y gran parte de los llamados trastornos somatomorfos.

REGIONES CLÍNICAS

Finalmente, si intentáramos buscar claves que nos explicaran evolutivamente los trastornos de ansiedad, el siguiente cuadro podría ser una orientación general.

ALARMA FRENTE A SITUACIONES DE VULNERABILIDAD AL ATAQUE O DE RIESGO VITAL

- Atrapamiento (claustrofobia)
- Separación de la manada (agorafobia)
- Individualización (fobia social)
- Alarma frente a animales, arácnidos, serpientes (fobias específicas)
- Alturas (vértigo)
- Contaminación (fobia de contaminación, TOC)
- Control del azar (TOC).
- Alarma frente a los peligros que acechan a las personas cercanas (Ansiedad generalizada).

¹⁹Selye H. *The stress of life*. McGraw-Hill, N. York, 1978.

²⁰Nuestros ancestros homínidos, de los cuales nuestro cerebro es tributario, están presentes en el planeta desde hace 7.000.000 de años.

SIMPOSIO INTERNACIONAL:
“EVOLUCIÓN Y PSIQUIATRÍA CONTEMPORÁNEA”

TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD DESDE LA PERSPECTIVA EVOLUTIVA¹

(Rev GPU 2007; 3; 1: 58-64)

Sergio Valdivieso²

En el último tiempo ha existido un renovado interés en la discusión y comprensión de los trastornos psiquiátricos desde un punto de vista evolutivo. Una perspectiva filogenética puede ayudar al estudio de la relación genes-ambiente en diversas patologías. En el caso de los trastornos de la personalidad (TP) algunos autores han planteado que podrían ser la expresión de patrones conductuales seleccionados a lo largo de la evolución de la especie para lograr la mayor eficiencia en las tareas de supervivencia y reproducción, los cuales serían más adaptativos en el medio ambiente natural y desadaptativos en el entorno social y cultural de los últimos siglos. Así, por ejemplo, Beck (1) plantea que estrategias predatorias o competitivas que aseguraban la supervivencia en el ambiente primitivo podrían ser maladaptativas en el medio social actual y ser parte del TP antisocial. A favor de esta hipótesis se plantea que existen ventajas adaptativas de algunos TP: por ejemplo, el TP anacástico tiene mayor sobrevida al exponerse menos a riesgos, lo que favorece la autopreservación, dimensión que forma parte del sistema de supervivencia (2). En otras palabras, la disposición genética tendría una velocidad de cambio lenta y un repertorio conductual poco flexible en un entorno cambiante, lo que se ha denominado “genetic lag” o retardo genético.

Otra posibilidad es que los TP, presentes desde el comienzo de la especie por una determinación genética, nunca hayan sido adaptativos, existiendo mecanismos dentro de la especie para eliminar aquellos individuos que los poseían o mantenerlos bajo control. A favor de esta hipótesis están las observaciones en primates no humanos y en culturas primitivas en donde la

cohesión social bajo ciertas reglas, aspecto clave para la supervivencia del grupo, ejerce un control estricto de las conductas disfuncionales, por ejemplo sobre la agresión impulsiva.

Por último, se podría plantear que son los cambios en el ambiente sociocultural los que generan aprendizajes patológicos, desadaptativos, los cuales persisten

¹ Este trabajo fue presentado en el Simposio Internacional “Evolución y Psiquiatría Contemporánea”, organizado por la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. Santiago de Chile, 7 de julio de 2006.

² Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

dados los mayores niveles de tolerancia o la valoración a determinados aspectos de la personalidad en sociedades contemporáneas, lo que se ha planteado para el TP límite y narcisista.

El estudio de los TP en la perspectiva evolutiva tiene algunas dificultades. En primer lugar, no existen estudios que examinen la frecuencia de TP (o constructos equivalentes) en animales en su hábitat natural ni tampoco en culturas primitivas. En estricto rigor, no se puede hablar de TP en animales dado que el concepto de personalidad se refiere específicamente al ser humano, sino más bien de disposiciones temperamentales y rasgos disfuncionales generados por la interacción entre el temperamento y el medio ambiente (aprendizaje) que determinan dificultades en la relación con otros miembros de la especie o de otras especies y con tareas básicas de supervivencia y reproducción. Lo que sí es posible es el estudio de dimensiones de la conducta en animales y culturas primitivas y analizar el impacto, en el individuo y en los grupos, de rasgos considerados anormales en nuestra cultura.

Entre los numerosos rasgos patológicos que caracterizan a los TP probablemente la agresión constituye uno de los más estudiados dado el impacto social altamente disruptivo. Su presencia caracteriza las conductas del TP antisocial, limítrofe y narcisista.

En este trabajo revisaremos cómo se expresa y qué valor adaptativo tienen diversos patrones de agresión tanto en primates como en culturas primitivas con el fin de entender si aquellos patrones agresivos considerados patológicos hoy pudieron tener un valor adaptativo en el pasado.

AGRESIÓN EN ANIMALES

Los etólogos definen la conducta agresiva como aquella dirigida a causar una injuria a otro individuo. Sin embargo existe un modo más abarcativo de entender la agresión como conductas de autoafirmación que incluyen la suplantación (tomar el lugar de otro animal) y vocalizaciones territoriales (3). En primates los contextos en los que se presenta la agresión son muy variados e incluyen:

1. Transacciones de dominancia
2. Reorientación hacia los más inferiores en la escala jerárquica
3. Protección de los infantes en el caso de la hembra
4. Cuando los alimentos o el número de hembras sexualmente receptivas es escaso
5. Al encontrarse con un animal desconocido
6. Defensa de predadores

7. Matar y comer animales jóvenes de otras especies
8. Cuando terminan disputas severas entre animales subordinados
9. En la exploración de lugares extraños o peligrosos
10. Cuando existen cambios en el estatus de dominancia de largo tiempo entre los machos
11. Cuando un animal tiene una herida dolorosa
12. Cuando hay una multitud de individuos en presencia de recursos valiosos

Dado el papel de la competencia en la respuesta ante diversos conflictos como gatillantes de conductas agresivas, Scott (4) propuso el término de conductas 'agonistas' (*agon*: competición) como un sistema funcional de conductas, las cuales son adaptativas en situaciones conflictivas entre miembros de la misma especie, lo que no sólo incluye ataque sino también defensa. Los conflictos pueden catalogarse como intragrupal, intergrupales e interespecies. Al primer grupo corresponden los conflictos de jerarquía en la dominancia, al segundo las conductas territoriales y al tercero la relación entre predadores y presas (apetencia interespecie). El hecho de que los animales deban matar presas de otras especies para poder alimentarse no implica necesariamente que tengan alto grado de intención de causar daño hacia miembros de la propia especie. De allí que tampoco sea posible afirmar que los seres humanos matan a sus congéneres por su naturaleza predatoria o carnívora.

Los etólogos distinguen entre las causas inmediatas de la conducta y las causas remotas o razones evolutivas de la conducta. No se ha observado en primates un apetito por conductas agresivas, más bien debe presentarse cierto tipo de estímulos para gatillar la conducta agresiva. Entre éstos, la cercanía de otro animal que se percibe demasiado próxima o el sentirse a sí mismo 'atrapado' entre otros individuos (excluyendo la crianza y el apareamiento). En monos rhesus, Bernstein (5) realizó centenas de situaciones en las que introducía nuevos miembros a grupos sociales. La intensidad de la agresión era mayor cuando se trataba de adultos del propio sexo extraños, siendo la agresión de los machos especialmente intensa cuando se introducían los nuevos individuos, la que luego declinaba aumentando la participación de las hembras, hasta que se establecía un nuevo orden social. La agresión es mucho menor frente a infantes.

La competencia por recursos limitados no explica por qué se gatilla agresión más frecuentemente ante extraños. Desde un punto de vista evolutivo, se ha pensado que interviene la selección por parentesco en el sentido de que los parientes comparten el material ge-

nético y por lo tanto ayudar a un pariente es una forma de ayudarse a sí mismo. A la luz de estos experimentos, Bernstein y Gordon (6) postulan que la mayor causa de agresión surge a partir de los esfuerzos para preservar los modos de organización social. De esta manera la desorganización social puede ser la mayor causa de violencia. La teoría de la disrupción social puede explicar conductas agonistas entre familiares, por ej. si uno de ellos amenaza a un infante aunque sea accidentalmente, o si parece desafiar el estatus de un animal de mayor jerarquía, o si a raíz de una enfermedad se comporta anormalmente (Jane Goodall describió cómo chimpancés víctimas de polio eran atacados por chimpancés familiares).

La función de la agresión es resolver los conflictos, y sería una fuerza adaptativa para mantener y proteger la organización social de los primates. Sin embargo no todos los autores comparten esta hipótesis y ven la agresión como una fuerza disruptiva del orden social. Otras funciones que han sido señaladas son:

1. Es la defensa más efectiva contra los predadores
2. Mejora las posibilidades de sobrevivencia en comunidades competitivas
3. Regula la densidad poblacional y dispersa a los grupos
4. Fuerza la utilización de nuevos hábitats
5. Está al servicio de la selección sexual y el liderazgo

Lo anterior no implica que los individuos dotados de los mayores montos de agresión sean los más exitosos, ya que podrían resultar excesivamente amenazantes para sus parejas, ser negligentes en el cuidado de los jóvenes o ser heridos durante peleas repetidas. En las especies en las que los individuos dependen para su supervivencia de una vida social continua, la capacidad de formar alianzas es una condición fundamental. El más agresivo no es necesariamente el mejor adaptado.

Existe discusión acerca de la intensidad de la conducta agresiva de los primates en estado salvaje. En el parque nacional Gombe, de Tanzania, se ha encontrado que los chimpancés regularmente cazan monos de otras especies y mamíferos (7). Recientemente se han reportado asesinatos de individuos de comunidades vecinas por machos adultos y ataques a infantes pequeños de la misma comunidad por una hembra y su hija. Parte de estas conductas ha sido atribuida al hecho de que algunos investigadores alimentaron chimpancés con bananas para atraerlos y observarlos, lo cual produjo la llegada de monos de diversos lugares y un aumento de la competencia por el alimento. En otros casos se ha observado que grupos de machos han atacado a ma-

chos o hembras de edad avanzada. En Gombe, Goodall (8) observó también ataques de machos a hembras vecinas, matando sus crías y comiéndolas. Las hembras de la propia comunidad nunca fueron atacadas y más bien se pensó que esas hembras buscaban el apoyo de esos machos para defenderse de una hembra y su hija que habían matado y comido sus crías. A pesar de lo anterior, el asesinato intraespecie en primates es raro. La gran mayoría de las conductas agonistas consiste en amenazas, provocaciones, retiros, gestos de sumisión y contra-amenazas.

Los macacus rhesus y el mono Vervet son especies que viven en grupos sociales complejos con jerarquías organizadas (9). La jerarquía dominante entre machos se establece por alianzas lideradas por un macho dominante, el cual no necesariamente es el más agresivo sino el más hábil para generar alianzas. Los machos jóvenes son expulsados de sus grupos de origen poco después de la pubertad. La mayor parte de ellos muere debido a peleas con machos de otros grupos a los que intentan incorporarse. Los machos que enfrentan a los jóvenes nunca ocupan la posición más alta en la jerarquía del grupo.

Existen tres tipos de agresión. La primera es la agresión competitiva, que incluye amenazas y desplazamientos y rara vez daño físico. Generalmente va dirigida a quienes están en una escala jerárquica inferior. Su función es mantener un orden jerárquico en el acceso al alimento y hembras. La segunda es la escalada agresiva, con daño físico entre los participantes. Uno de los participantes es generalmente un macho inmigrante, inmaduro, que inicia la pelea. No hace caso de los gestos amenazantes de los machos residentes maduros y ataca a uno o varios al mismo tiempo. Generalmente los residentes son más grandes. El macho joven que persevera en la escalada agresiva termina siendo herido y muriendo. Los jóvenes machos que se exponen a este tipo de agresión tienen otros tipos de conducta impulsiva. Existe una tercera forma de conducta agresiva durante el periodo de apareamiento. A diferencia de la anterior, generalmente se eligen machos donde existe alguna posibilidad de vencer y no existe un daño físico severo.

La modulación de la agresión y el respeto al rango social están determinados biológicamente.

Entre los neurotransmisores involucrados en el control de la agresión el más estudiado es la serotonina. En monos vervet se ha demostrado que la disminución de la actividad serotoninérgica lleva a una disminución en el estatus de dominancia social, y un aumento de la actividad serotoninérgica lo aumenta (10). En estudios con monos rhesus en laboratorio y en condiciones na-

turales, se ha encontrado que los niveles de 5-HIAA se correlacionan inversamente con impulsividad y la escalada agresiva, y tienen una correlación positiva con el estatus de dominancia. Animales con niveles normales altos pasan más tiempo en conductas sociales maduras con otros miembros del grupo social en comparación con animales que tienen concentraciones bajas de 5-HIAA. Cuando se establecen nuevos grupos sociales en el laboratorio, los animales con bajo 5-HIAA son excesivamente relegados a una posición de dominancia social baja (11). Algunos autores plantean que la serotonina regula la expresión de la impulsividad, lo que permitiría que se manifestaran múltiples emociones y conductas, entre ellas la agresividad.

No existe el suicidio en primates no-humanos, sin embargo aquellos con disfunción serotoninérgica mueren prematuramente como resultado de violencia (11). Cuarenta y nueve machos macacos rhesus fueron seguidos longitudinalmente por cuatro años. 46% de los sujetos con bajo 5-HIAA murieron a consecuencia de la violencia. Son forzados a abandonar el grupo prematuramente y cortejan menos. Los estudios animales han mostrado la importancia de un estímulo ambiental apropiado durante ciertos periodos para el desarrollo normativo del SNC. Las madres son las primeras en castigar la inquietud e impulsividad. Los monos privados de modelos de roles adultos y oportunidades de practicar conductas sociales se comportan agresivamente en lugares inapropiados. Como consecuencia, son atacados o removidos de su grupo social por su conducta violenta y agresiva.

En resumen, los estudios en primates no humanos destacan la enorme importancia de la cohesión grupal, lo que regula la intensidad de la conducta agresiva intraespecie. Individuos excesivamente agresivos o con gran impulsividad están expuestos a menor sobrevivencia y muerte prematura.

AGRESIÓN EN CULTURAS PRIMITIVAS

Desde el punto de vista de la etología humana (estudio del comportamiento humano, investigando su evolución en la filogenia, su manifestación a lo largo de la ontogenia y los programas genéticos que están a su base) la agresión ha sido clasificada de diversas maneras. Tinbergen (12) distingue cuatro subsistemas en el comportamiento agonal:

1. Sistema de lucha
 - a. Comportamientos de agresión
 - i. Amenazar
 - ii. Combatir

- b. Comportamientos de defensa
 - i. Amenazar
 - ii. Combatir
 2. Sistema de huida
 - a. Comportamiento de sumisión
 - b. Comportamiento de huida

Los estudios de Eibl-Eibesfeldt y de otros etólogos de culturas primitivas han sido extraordinariamente interesantes al suministrar observaciones en el medio ambiente natural. En la década de los años 1960 Eibl-Eibesfeldt y su grupo registraron, a través de cámaras de filmación con objetivos de espejo, el comportamiento social espontáneo de diversos grupos a lo largo del mundo, entre ellos Bosquimanos (Bostwana y Namibia), Yanomami (Alto Orinoco, Venezuela), Eipo (Nueva Guinea), Himba (Namibia) y habitantes de las Islas Trobriand. Sus hallazgos se resumen en el libro "Biología del comportamiento humano. Manual de etología humana" (12).

En todas estas culturas se observa que la agresión intraespecífica está con frecuencia ritualizada. Los daños excesivos se evitan en ella mediante actitudes de amedrentamiento y combates ritualizados.

En todos los grupos se ha encontrado que los niños, a partir de los seis meses, tienen un temor innato a los extraños, incluyendo niños sordos y ciegos de nacimiento que tienen el mismo temor ante el olor de los extraños. Existen otros estímulos que activan el sistema agonal, como los gritos de socorro, la mímica y gestulación humana, el dolor físico y los obstáculos que interrumpen la acción. Hay patrones de movimiento expresivo facial que acompañan los actos de agresión. La investigación en niños sordos y ciegos muestra que éstos aprietan y cierran los dientes cuando se enojan, fruncen la frente, cierran los puños y dan patadas en el suelo, lo que ha sido interpretado como un movimiento de ataque ritualizado: como un paso en dirección al adversario. Otra forma de intimidación agresiva es la mirada fija y amenazante. Puede practicarse como un auténtico duelo de miradas clavadas y amenazadoras, hasta que uno no puede sostener la del otro, y cede. Los varones realzan su estatura y la anchura de sus hombros recurriendo a medios artificiales, por ej. adornos en la cabeza y los hombros. Frente a una fuerte excitación agresiva, sobre todo cuando se despiertan emociones de defensa del grupo, se contraen los músculos elevadores del pelo (carne de gallina) y los brazos se separan ligeramente del cuerpo y rotan hacia fuera, aumentando el contorno corporal. Los chimpancés tienen una actitud semejante para intimidar. Otro gesto típico de intimidación es la amenaza fálica, la que tiene com-

portamientos homólogos en primates no humanos. Cuando un grupo de macacos se posa en el suelo para comer, algunos machos aislados montan guardia dando la espalda al grupo. Mantienen las piernas abiertas y exhiben sus genitales externos espectacularmente pigmentados. El escroto es azul y el pene rojo brillante. Si los extraños se acercan demasiado estos centinelas experimentan una erección. Sería una amenaza ritualizada de agresión sexual. Los chimpancés amenazan golpeando con las patas el suelo o con la palma de la mano la base de un árbol o un tronco resonante y agitando ramas, sacuden el ramaje de los árboles y arrojan objetos. Todo esto lo hacen también los hombres desde su primera infancia. Los lactantes golpean de arriba a abajo con palos tanto jugando como de manera agresiva aun cuando no hubieran tenido ningún modelo.

Existen otras formas de comportamiento en las cuales se neutraliza la agresión. Una estrategia universal de bloqueo de agresiones consiste en amenazar con romper el contacto. También el bajar la cabeza y el llanto que genera compasión.

El modelo etológico de la agresión enfatiza el carácter adaptativo filogenético del comportamiento agresivo, lo que no descarta que exista una motivación endógena de este comportamiento (impulso agresivo).

Como se ha mencionado, el comportamiento agresivo cumple varias funciones, entre ellas la defensa de la propiedad y de los vínculos sociales, la agresión dirigida a mantener las normas, la defensa de las posiciones jerárquicas, eliminar un rival y conseguir pareja, conquistar o defender un puesto. Especialmente importante es la defensa de las crías. Los babuinos machos, los macacos y muchos otros acuden presurosos a la llamada de auxilio de una cría y le prestan ayuda. Un modo de agresión altamente importante por su función para el adolescente, pero a menudo no reconocida es la agresión investigadora y exploratoria, que plantea al entorno social la siguiente pregunta. '¿qué me está permitido hacer; dónde están los límites?'. Un rasgo esencial de la agresión exploratoria es su tendencia a ir en aumento cuando no se le ponen límites. La respuesta oportuna se puede considerar como una agresión educativa. Si un walbiri comete adulterio, debe presentarse delante del marido ofendido; éste puede arrojarle una lanza de madera contra el muslo o la pierna, pero no contra otra parte del cuerpo, a no ser que el adúltero trate de esquivar el golpe. Entre los dsimakani (Papua, Nueva Guinea) se le clava al adúltero una lanza ceremonial con dientes que se quiebran al tratar de extraerla, de modo que el proceso de curación resulta muy doloroso. Si el oponente huye puede ser herido en la espalda, golpe casi siempre mortal.

La tesis de que los padres distantes generan personalidades agresivas y los amables personalidades pacíficas es falsa. Las culturas guerreras, especialmente los eipo, himba y yanomami, crían a sus hijos con atención y cuidados corporales llenos de cariño, y se les amamanta a discreción. A través de este amor se crea una disposición a identificarse con el modelo parental querido. Los niños son educados desde temprana edad para una cierta dureza en la resistencia al dolor físico y para una disposición a responder agresivamente a las agresiones recibidas. En los juegos practican habilidades guerreras. Por el contrario, la privación de amor es responsable de algunas formas de agresividad patológica.

Similar a lo observado en primates no-humanos, en culturas primitivas la agresión está altamente regulada, existiendo numerosas formas en las que se expresa sin causar la muerte ni daños a terceros del mismo grupo. El respeto a las normas y jerarquías tiene un valor central en la cohesión grupal y en la supervivencia.

De acuerdo a lo revisado hasta aquí, se puede afirmar que la agresión excesiva e impulsiva, sea cual sea su origen, ha constituido desde siempre una conducta patológica.

Si consideramos que los TP tienen tanto una determinación genética como ambiental, se podría plantear que existen medios sociales que podrían favorecer su expresión y otros que podrían inhibirlos. Así, algunos autores han planteado que las sociedades modernas no sólo podrían ser más tolerantes respecto de conductas patológicas, por ej. antisociales, sino, además, favorecer la expresión de rasgos anormales, por ej. impulsivos y narcisistas.

MEDIO SOCIOCULTURAL Y TP

Uno de los principales problemas para el estudio de la influencia del medio ambiente en los TP es contar con categorías diagnósticas que tengan validez y puedan utilizarse en investigaciones transculturales. El estudio de la Organización Mundial de la Salud (13) aplicando una entrevista semiestructurada con criterios DSM e ICD en diversos contextos clínicos y continentes, demostró que prácticamente todos los TP estaban presentes en los distintos sitios. Sin embargo, aun cuando faltan estudios epidemiológicos que determinen las diferencias en la prevalencia en la comunidad entre diversas sociedades, parece probable que exista distinta frecuencia y distribución de los TP en distintas culturas. La mejor evidencia de esta hipótesis es la investigación en el TP antisocial (TPAS). Joel Paris (14) realizó una interesante revisión de los TP desde un punto de vis-

ta sociocultural. Estudios epidemiológicos aplicando instrumentos de diagnóstico estandarizados muestran que este TP es muy infrecuente en algunas culturas. En particular, muestras de áreas urbanas y rurales de Taiwán señalan una muy baja prevalencia, entre 0,03% y 0,14%. Lo mismo parece ocurrir en China, y en centros de atención primaria en Japón. Esto no ocurre en Corea el Sur, donde existe una alta frecuencia de alcoholismo y de TPAS. En el caso de conductas asociadas a TP limítrofe como intentos de suicidio y abuso de sustancias, las diferencias culturales sugieren que este TP sería más frecuente en sociedades modernas respecto a las tradicionales.

La distinción entre culturas modernas versus tradicionales es útil para estudiar el rol de los factores sociales en el desarrollo de la personalidad. La cultura tradicional se caracteriza por bajo nivel de cambio social, continuidad intergeneracional, cohesión familiar y comunitaria y roles sociales claros. Aun cuando existen importantes diferencias entre las sociedades clasificadas como tradicionales, todas ellas dan a sus miembros expectativas predecibles, lo cual contribuye a la estabilidad de la estructura social. La asignación de roles protege a sus miembros más vulnerables de sentimientos de minusvalía y aislamiento social. El respeto e internalización de las expectativas familiares y de la comunidad tiende a promover conductas caracterizadas por la inhibición y represión de la emoción. Son estructuras que toleran menos la 'desviación' de las normas. Por el contrario, las sociedades modernas demandan un alto nivel de autonomía, premia conductas asociadas a un estilo de personalidad más activo y expresivo y es más tolerante a la desviación de las normas.

Los factores culturales y sociales interactúan con los factores psicológicos a través de un mecanismo denominado 'mediación'. Los TP se desarrollarían cuando un quiebre en el funcionamiento de la sociedad interfiere con la regulación sobre factores de riesgo biológicos y psicológicos. La cultura puede influir en la prevalencia de rasgos de la personalidad. Iwawaki, Eynseck (15) evaluaron la diferencia de personalidad entre estudiantes ingleses y japoneses, encontrando en estos últimos neuroticismo e introversión significativamente mayores. Asimismo, existen diferencias en los problemas conductuales de niños en sociedades tradicionales y modernas. Los niños criados en estructuras tradicionales tienen más síntomas asociados al sobrecontrol, en cambio niños de sociedades modernas tienen síntomas asociados a bajo control.

El segundo mecanismo mediante el cual la cultura afecta el desarrollo de los TP incluye la neutralización del impacto de factores de riesgo psicológico. La inves-

tigación en los factores protectores contra la adversidad ha demostrado en forma consistente la importancia de las redes de apoyo social. La literatura acerca de resiliencia muestra que los niños expuestos a fallas paternas en sus cuidados no desarrollarán psicopatología si encuentran otras figuras de apego, ya sea a través de la familia extendida o de la comunidad.

El espectro de los TP impulsivos, los cuales son muy sensibles a la presencia o ausencia de estructura externa, podría mostrar de manera más clara el efecto de la variabilidad sociocultural. La investigación ha demostrado que una crianza defectuosa, negligencia emocional y desorganización familiar constituyen factores de riesgo para TPAS y TP limítrofe (16). Estos riesgos tienen efectos más poderosos en niños con rasgos impulsivos y/o de inestabilidad afectiva. Se ha demostrado también que existe mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos entre los padres, entre ellos aumento de la prevalencia de la depresión, abuso de sustancias e impulsividad. Todas estas patologías se asocian con mayor quiebre familiar. La cohesión familiar podría explicar la diferencia intercultural en prevalencia de distintos TP. En Taiwán y China los padres son fuertes y autoritarios, las expectativas en los niños son altas, y la lealtad familiar es apreciada por sobre todo. En ambos países la prevalencia de TPAS es baja.

El quiebre familiar, la ausencia de asociaciones sociales, liderazgos débiles, poca recreación, el crimen, la secularización, la confusión cultural, la pobreza, la migración y al cambio social han sido considerados factores de desintegración social. Estudios recientes en poblaciones de Inuit en Canadá han encontrado una asociación entre alta tasa de suicidios en jóvenes y el quiebre del modo de vida tradicional (17).

COMENTARIO FINAL

En este trabajo se concluye que dimensiones patológicas de la conducta han estado presentes desde los inicios de la especie, con una fuerte regulación de su expresión, que incluye, en el caso de la agresión impulsiva, el aislamiento y la muerte. Los cambios sociales experimentados en el último siglo, en particular el paso de sociedades tradicionales a sociedades modernas, han contribuido a una mayor frecuencia de TP impulsivos y con mayor inestabilidad emocional. Aun cuando la tesis de este trabajo es que los TP han sido desadaptativos desde sus inicios, debe considerarse que en algunas situaciones excepcionales éstos pudieran tener ventajas adaptativas, como por ejemplo búsqueda de nuevos hábitats, guerras o el aislamiento en caso de peligro.

REFERENCIAS

1. Beck AT, Freeman A. *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. The Guilford Press, New York, 1990
2. Sanjuán J, Cela Conde CJ. *La profesia de Darwin. Del origen de la mente a la psicopatología*. Ars Médica, Barcelona, 2005
3. Fedigan LM. *Primate Paradigms*. The University of Chicago Press, Chicago, 1992
4. Scott JP. Agonistic behavior of primates: a comparative perspective. IN: *Primate Agression, Territoriality and Xenophobia* (R.L.Holloway, ed.) Academic Press, New York, 1974
5. Bernstein IS. The integration of rhesus monkeys introduced to a group. *Folia Primat*. 1964a; 2:50-63
6. Bernstein IS, Gordon TP. The function of aggression in primate societies. *J Theor Biol* 1974; 60: 459-472
7. Teleki G. The omnivorous chimpanzee. *Sci Am* 1973b; 228: 32-42
8. Godall J. Infant killing and cannibalism in free-living chimpanzees. *Folia primat* 1977; 28: 259-282
9. Linnoila M, Charney DS. The neurobiology of aggression. En: Charney DS, Nestler EJ, Bunney BS (Eds.) *Neurobiology of Mental Illness*. Oxford University Press, New York, 1999
10. Raleigh MJ, McGuire MT. Serotonin, aggression and violence in vervet monkeys. En: Masters RD, McGuire MT (Eds.) *The Neurotransmitter revolution*. Southern Illinois University Press, Carbondale, 1994
11. Higley JD, Linnoila M. Low central nervous system serotonergic activity is traitlike and correlates with impulsive behavior. A nonhuman primate model investigating genetic and environmental influences on neurotransmission. *Ann N Y Acad Sci* 1997; 836: 39-56
12. Eibl-Eibesfeldt I. *Biología del comportamiento humano. Manual de etología humana*. Alianza editorial, Madrid, 1993
13. Loranger AW, Sartori N, Andreoli A, Berger P, Buchheim P, Chanabasavanna SM, Coid B, Dahl A, Diekstra RF, Ferguson B, Jacobson LB, Mombour W, Pull C, Ono Y, Regier DA. The International personality disorder examination. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 215-224
14. Paris J. Personality disorders in sociocultural perspective. *J Personality Disorders* 1998; 4: 289-301
15. Iwawaki S, Eysenck SBG, Eysenck HJ. Differences in personality between Japanese and English. *J Social Psychology* 1977; 102: 27-33
16. Paris J. *Borderline personality disorder: a multidimensional approach*. American Psychiatric Press, Washington DC, 1994
17. Kirmayer L. Suicide among Canadian aboriginal peoples. *Trans Psy Res Review* 1994; 31:3-58

SIMPOSIO INTERNACIONAL:
“EVOLUCIÓN Y PSIQUIATRÍA CONTEMPORÁNEA”

MARCADORES BIOLÓGICOS EN PSIQUIATRÍA: ¿SÓLO UN ESPEJISMO?¹

(Rev GPU 2007; 3; 1: 65-70)

Jaime Santander²

En medicina la utilización de determinados parámetros biológicos replicables y específicos permite verificar la presencia de algún trastorno presumido clínicamente. La asociación de determinados hallazgos de laboratorio incluso define entidades patológicas específicas, las que de ser posible recibirán un tratamiento determinado. En la psiquiatría, con frecuencia, nos vemos enfrentados a una realidad completamente diferente. Si se realizan exámenes de laboratorio, éstos suelen ser para descartar hallazgos que de resultar positivos indicarían un trastorno de otra naturaleza, posiblemente una enfermedad neurológica, endocrina o metabólica, lo cual ya constituye una paradoja en relación con nuestra definición de la enfermedad psiquiátrica y la búsqueda de marcadores que la corroboren, ya que en un modelo positivista la presencia de un trastorno debiera estar avalada por alteraciones conductuales clínicamente detectables y por alteraciones biológicas detectables mediante algún tipo de tecnología adecuada.

En la práctica clínica los pacientes muchas veces solicitan realizar algún examen que confirme o descarte un diagnóstico psiquiátrico, o nos informan que ya se les ha hecho algún procedimiento que ha “aclarado” su condición: me refiero a las clásicas bipolaridades diagnosticadas por “falta de litio”, a procesos sugerentes de esquizofrenia indicados por actividad electroencefalográfica, o a las alteraciones de personalidad corroboradas merced a algún procedimiento radiológico, por mencionar algunas situaciones de cierta cotidianeidad.

Más allá de lo anecdótico, estos hechos nos generan problemas en el manejo de nuestros pacientes, y reflejan por otro lado la necesidad latente de contar con herramientas de diagnóstico más concretas y “objetivas”. La discusión acerca de la validez de la premisa de que en psiquiatría los eventuales marcadores biológicos son más objetivos que el resultado de la exploración clínica se sale del objetivo de este ensayo, por lo cual, para nuestros efectos, baste con señalar los hechos ya descritos.

¹ Este trabajo fue presentado en el Simposio Internacional “Evolución y Psiquiatría Contemporánea”, organizado por la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. Santiago de Chile, 7 de julio de 2006.

² Profesor Auxiliar de Psiquiatría, Departamento de Psiquiatría, Pontificia Universidad Católica de Chile. E.mail: jsantan@med.puc.cl

Cuadro 1

FUNCIONES POTENCIALES QUE PODRÍAN TENER LOS MARCADORES BIOLÓGICOS EN PSIQUIATRÍA Y ALGUNOS EJEMPLOS ACTUALES ACLARATORIOS

- PATOGNOMÓNICOS DE ENFERMEDAD
 - a. Repetición de trinucleótido CAG >36 veces en brazo corto del cromosoma 4 → Corea de Huntington.
 - b. Biopsia con ovillos neurofibrilares, placas de amiloide y degeneración granulovacuolar en cerebro → Enfermedad de Alzheimer.
- DE VULNERABILIDAD A UN TRASTORNO
 - a. Homocigosis para APOE-4 se asociaría a 40% de casos, mientras que la homocigosis para APOE-2 sería protector → Enfermedad de Alzheimer.
 - b. Deleción cromosoma 22q11 (Síndrome de velo cardio facial), se asociaría en 20-40% a Esquizofrenia o psicosis.
 - c. Polimorfismos proteína transportadora de serotonina → Depresión, ansiedad.
- DE ESTADO
 - a. Hipersecreción de cortisol, aplanamiento de supresión del eje HPA → Depresión.
 - b. Aumento de actividad en corteza orbitofrontal, cabeza del caudado y cíngulo anterior en exámenes radiológicos → Trastorno Obsesivo Compulsivo.
- DE DAÑO
 - a. Aumento de volumen de ventrículos laterales y atrofia cortical → Esquizofrenia.
 - b. Déficit de perfusión cerebral en lóbulos temporales → Daño por cocaína, Enfermedad de Alzheimer.
- EN RELACIÓN AL TRATAMIENTO
 - a. Tipo de metabolización.
 - b. Sensibilidad de receptores.
 - c. Estudios de farmacogenética.

¿QUÉ ESPERAMOS DE UN MARCADOR BIOLÓGICO?

Primeramente habría que decir que lo que necesitamos son marcadores que ojalá sean sensibles, esto es, que muy pocos casos con la patología en estudio no son identificados por el marcador en cuestión; y además esperamos que sean específicos, que significa que si el marcador en estudio está presente muy probablemente se trate de la condición en estudio y no de otra.

Ahora, ¿para qué querríamos esos marcadores? Para identificar población vulnerable, corroborar diagnóstico clínico, identificar subgrupos clínicamente significativos, probar esquemas terapéuticos específicos, corroborar mejoría y para facilitar la investigación.

I. ¿Cuál es la situación actual en psiquiatría?

Hoy, en la práctica clínica usamos exámenes principalmente para descartar la coexistencia de morbilidad neurológica, endocrina o metabólica que pueda estar dan-

do cuenta de los cambios conductuales observados. Son muy pocos los exámenes de laboratorio o de otro tipo que contribuyen de modo positivo a evaluar un proceso patológico en particular desde la perspectiva biológica.

El Cuadro 1 resume las principales funciones que podrían tener los marcadores biológicos, así como algunos ejemplos actuales para cada una de ellas. Llamativamente los pocos ejemplos de marcadores patognomónicos existentes se refieren a trastornos con manifestaciones neuropsiquiátricas y no sólo conductuales como son la Enfermedad de Alzheimer y el Corea de Huntington. En las demás áreas de potencial desarrollo por ahora los avances son escasos y con poca aplicación en el trabajo clínico cotidiano.

LIMITACIONES PARA LA INVESTIGACIÓN EN ESTE CAMPO

Para entender las razones que explican el estado actual de las cosas debemos revisar con cierta detención las

claves que contribuyen a limitar el avance en la búsqueda de marcadores. Éstas son:

1. *El problema de la falta de consistencia de los criterios diagnósticos*

Cualquier investigación en el área de nuestro interés requiere criterios que definan de la manera más precisa y específica posible la condición en estudio. Contar con este herramienta de precisión diagnóstica permite buscar poblaciones de estudio claramente definidas y hace comparables los resultados de diferentes grupos. Los manuales internacionales de clasificación de enfermedades mentales actualmente en uso (DSM-IV y CIE-10, capítulo de enfermedades mentales) han tenido entre sus objetivos precisamente ser un referente que permita la comparabilidad de la investigación básica, clínica y epidemiológica. Ciertamente este esfuerzo ha constituido un aporte, sin embargo estas clasificaciones adolecen de ciertos defectos que limitan seguir avanzando, y es donde queremos escharbar un poco más profundo.

Primero, las categorías generales de los manuales de clasificación siguen una lógica que prácticamente obliga a la superposición de procesos patológicos. Me refiero al hecho ampliamente comentado de que las categorías generales no son excluyentes ya que los criterios que las agrupan van cambiando. Por ejemplo, cabe recordar que en el DSM-IV el primer grupo es el llamado “trastornos de inicio en la infancia, en la niñez o en la adolescencia”, por lo que cabría esperar que los siguientes grupos sean atingentes a las etapas del ciclo vital humano; sin embargo el segundo grupo, llamado “delirium, demencias, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos”, claramente no tiene ese criterio organizador, remitiéndonos al probable sustrato orgánico de las dolencias enumeradas. El siguiente grupo es el de los “trastornos mentales debidos a enfermedad médica, no clasificados en otros apartados”, y así se sigue, en algunos casos refiriendo el grupo a enfermedades relativamente acotadas como podrían ser la “esquizofrenia y otros trastornos psicóticos”, y en otros como los “trastornos adaptativos” refiriéndose más bien al mecanismo que origina los trastornos del grupo y dando la impresión evidente de que los trastornos de los demás grupos no son “adaptativos” o “mal adaptativos” sino derivados de otro tipo de proceso. Aunque se entiende que el manual intenta ser pragmático y sin duda lo es, no deja de ser cierto de que esa simultaneidad de criterios rectores necesariamente producen sobreposición, como ocurriría si clasifico mis libros primero de acuerdo a tamaño, otro grupo que incluye los de portadas con los colores que más me gustan, y

un tercer grupo que incluye sólo los de menos de 200 páginas.

Segundo, las clasificaciones en su pretensión de ser “ateóricas” compendian categorías diagnósticas derivadas de desarrollos históricos y tradiciones psiquiátricas diversas; así por ejemplo, gran parte del desarrollo en trastornos de personalidad tiene su asidero en los contundentes aportes de los estudios psicoanalíticos en ese campo, en tanto para los trastornos anímicos encontramos con antecedentes más evidentes en la psiquiatría clásica alemana y más recientemente en la investigación psicofarmacológica. Considerando este mismo ejemplo, no resulta sorprendente que al preguntarnos por los elementos diferenciales y/o comunes de la patología limítrofe de personalidad con ciertos tipos especiales de bipolaridad nos topemos finalmente con una especie de atolladero ya que ambos conceptos parecen sobreponerse pero en dimensiones diferentes.

Finalmente, los manuales de que disponemos para la investigación representan una solución consensuada a la heterogeneidad de tradiciones psiquiátricas y psicológicas existentes, y han permitido el desarrollo de importantes avances en la comprensión de algunos de los fenómenos subyacentes a la patología psiquiátrica y a la terapéutica de los mismos. Empero, subsisten limitaciones significativas en la definición de fenotipos realmente específicos debido en parte a las dificultades ya descritas, pero también a la complejidad de las variables en estudio: ambientales, culturales, familiares, psicológicas, cognitivas, etcétera, determinando que la expresión de una constelación patológica sea siempre tan única y personal como las personas mismas.

En resumen, falta trabajo en la definición de fenotipos más claros y específicos que permitan la búsqueda de causas y correlatos biológicos sensibles y específicos.

2. *El problema del fenotipo en psiquiatría.*

A las dificultades de los sistemas de clasificación diagnóstica ya enunciados se suman algunas propias de las disciplinas que tratan con modelos multifactoriales, especialmente en terrenos en que las contribuciones de la genética también son complejas. Hace algunos años muchos investigadores pensaban que estábamos camino a entender la etiología de los trastornos mentales especialmente debido a los aportes de la biología molecular. Pero el tiempo ha transcurrido y esas esperanzas no se han concretado y hay buenas razones para pensar que por ahora esos avances no ocurrirán, al menos es lo que piensan especialistas como Kendler, quien, entre otras observaciones, afirma que:

Cuadro 2
 MODELO DE 1 GEN CON 2 ALELOS (A – a),
 PARA ESTATURA

	A	a
A	AA 1,70m	Aa 1,60m
a	Aa 1,60m	aa 1,50m

Se supone una talla basal de 1,60 metro.
 Alelo A: Suma 5 cm.
 Alelo a: Resta 5 cm.

- las estrategias tradicionales y de genética molecular pueden aportar importantes elementos a la comprensión de los constructos psiquiátricos. Sin embargo, la evidencia de que uno o pocos genes individuales impacten sobre el riesgo de un par de trastornos es poco probable que ayude a resolver la relación nosológica entre los mismos síndromes.
- mientras los modelos en psiquiatría se intentan definir genéticamente, estos mismos no tienen buena validez empírica. Es difícil que el descubrimiento de genes en psiquiatría nos permita comprender la naturaleza de sus interrelaciones y permita validar los diagnósticos psiquiátricos categoriales.
- el proyecto de fundar categorías psiquiátricas sobre el fundamento de los genes como arquetipo natural puede ser amenazado por la progresiva puesta en duda del gen como entidad discreta.

¿A qué se refiere el autor con estas opiniones poco alentadoras?:

- a. Explícitamente nos entrega parte de la responsabilidad a los psiquiatras en cuanto a la validez de nuestros modelos.
- b. A la dificultad de explorar genes, en particular en el contexto de la herencia poligénica. Como se ve en el Cuadro 2, bastan dos alelos para un gen para que ya existan tres fenotipos distintos. El punto difícil es qué ocurre cuando hay más de un gen implicado y en psiquiatría ésta parece ser la regla. En el Cuadro 3 se ve lo que ocurre con dos genes

con dos alelos cada uno; inmediatamente la variabilidad fenotípica aumenta y ¡sorpresa!, un mismo fenotipo se alcanza con varias combinaciones genéticas diferentes, esto es, no existe una relación directa entre un fenotipo y una única matriz genética. Sabemos que en lo que se refiere al control de emociones, conductas o cogniciones interactúan muchos genes, cada uno con más de dos alelos.

- c. Cada vez más se reconoce la importancia de los factores epigenéticos, esto es, que influyen modificando la expresión génica, o relacionados con la herencia no mendeliana (impronta genómica, mutaciones inestables, herencia mitocondrial). La consideración de estos fenómenos implica que un genotipo dado puede tener expresiones fenotípicas diversas.

En definitiva, mientras más complejo sea el fenómeno que observamos es más dificultosa la investigación del mismo dada la complejidad subyacente, la cual recién comenzamos a comprender.

3. El problema de lo adaptativo-evolutivo en el origen de los trastornos mentales.

Al considerar la conducta humana como el resultado de un largo proceso evolutivo estamos obligados a pensar que parte importante de la psicopatología es resultante de la cambiante interacción entre nuestro genotipo y ambiente, y por lo tanto es difícil establecer constructos sindromáticos “permanentes”. De hecho, muchos de los “síntomas” corresponden a reacciones, al menos hasta cierto punto, “adaptativas”, y por ende en continuo con respuestas no consideradas patológicas. Evidentemente en algunos casos, por ejemplo de trastornos anímicos o ansiosos, en que la sintomatología pudiera entenderse como resultante de un quiebre del equilibrio de adaptación del individuo a su propio medio ambiente, los marcadores biológicos podrían también ser considerados marcadores de una reacción hasta cierto punto normal. Tal vez se podría aspirar a encontrar indicadores de vulnerabilidad aumentada más que de trastorno propiamente tal.

Por supuesto existen otras condiciones en que se hace muy difícil una explicación adaptativa, como en la esquizofrenia, condición que posiblemente se ha sostenido debido a algún beneficio asociado a la misma, que para algunos autores podría ser el desarrollo del lenguaje, para otros la presencia de una teoría de la mente, etcétera. Lo concreto es que en este tipo de condición presumiblemente se pueda ir a buscar marcadores de la “anómalo”.

Cuadro 3
 MODELO DE 2 GENES CON 2 ALELOS CADA UNO (A-a: B-b), PARA ESTATURA

	AB	Ab	aB	Ab
AB	AABB 1,80m	AABb 1,70m	AaBB 1,70m	AaBb 1,60m
Ab	AABb 1,70m	AAbb 1,60m	AaBb 1,60m	Aabb 1,50m
aB	AaBB 1,70m	AaBb 1,60m	aaBB 1,60m	aaBb 1,50m
ab	AaBb 1,60m	Aabb 1,50m	aaBb 1,50m	aabb 1,40m

Se supone una talla basal de 1,60 metro.

Alelos A y B: Suman 5 cm.

Alelos a y b: Restan 5 cm.

II. ¿Son los marcadores biológicos en psiquiatría sólo un espejismo?

La patología psiquiátrica involucra toda la complejidad de la conducta humana en su permanente interacción con un medio ambiente continuamente cambiante. Esta conducta deriva de un prolongado proceso de selección de patrones conductuales, pero también de la historia personal del sujeto en particular y de su propio aprendizaje, todo lo cual hace extremadamente difícil la búsqueda de componentes biológicos únicos asociados a determinadas conductas. Como corolario de lo expuesto hasta este punto es razonable pensar que siguiendo el modelo actual de búsqueda sólo hallaremos espejismos.

Una vía alternativa tal vez pueda consistir en abordar el tema desde otra perspectiva. Una de estas vías alternas parecen constituirlos los endofenotipos, tema que abordamos a continuación.

III. Los endofenotipos, ¿una vía alternativa para abordar el problema?

Los endofenotipos derivan de la búsqueda de fenotipos más simples que permitan la investigación biológica y

psicológica en humanos e incluso en modelos animales. Se trata de componentes identificables en la vía de los genes a las conductas, diferentes de los síntomas psiquiátricos y que hacen los estudios más realizables al reducir la complejidad de los síntomas y las conductas. Éstos pueden ser en su naturaleza neurofisiológicos, bioquímicos, endocrinos, neuroanatómicos, cognitivos o neuropsicológicos, siendo lo importante que cumplan con algunos requisitos, que son:

- Está asociado con la enfermedad en la población.
- Es heredable.
- Es primariamente independiente del estado, esto es, que se manifiesta en el individuo tanto si tiene la enfermedad activa como si no.
- Dentro de familias, el endofenotipo y la enfermedad se co-segregan.
- Se encuentra en familiares no afectados por la enfermedad a tasas más altas que en la población general.

En otras áreas de la medicina ya hay ejemplos del uso de esta metodología para el enfrentamiento de problemas clínicos a través de la metodología de los endofenotipos; es el caso por ejemplo del intervalo QT

en el estudio de las arritmias, que ha permitido una comprensión más profunda e implicancias en la terapéutica de éstas. Es posible plantear por lo tanto que una vía de abordaje similar sea también aplicable a los fenómenos de nuestro interés.

IV. Ejemplos de endofenotipos en psiquiatría

En psiquiatría el tema aún está en pañales, pero numerosos autores están sugiriendo candidatos a ser considerados endofenotipos, los cuales deben demostrar que cumplen con los requisitos de los mismos. Como ejemplos se pueden mencionar en esquizofrenia las alteraciones en las respuestas de los potenciales evocados, problemas oculomotores o memoria de trabajo. En el caso de déficit atencional se ha planteado el estudio de la aversión al retardo como reflejo de las vías dopaminérgicas mesocorticales, o de algunas funciones ejecutivas como planificación y memoria de trabajo. También hay propuestas en trastornos del ánimo y de ansiedad, sin embargo es un campo aún vasto y poco explorado para la investigación.

V. Consideraciones finales:

a. Sobre el futuro de los marcadores biológicos en psiquiatría.

A la fecha los marcadores existentes rara vez son de utilidad clínica; aunque a veces son sensibles suelen ser bastante inespecíficos y muchos de los hallazgos están confinados a subgrupos especiales o son difíciles de replicar. Es muy posible que la progresiva refinación de algunas técnicas de estudio como las neuroimágenes funcionales, permitan tener información fidedigna en relación con cambios asociados a la evolución de alguna alteración o incluso la respuesta terapéutica con uno u otro esquema.

Las limitaciones relacionadas con la validez de nuestros modelos, así como las dificultades relacionadas con los cambios en nuestra concepción de la expresión de los genes, pudieran ser parcialmente resueltas empleando estudios de endofenotipos específicos que pudieran asociarse con patologías o subgrupos clínicos particulares. Especialmente importante pudiera ser la identificación de marcadores de vulnerabilidad por el impacto en la comprensión de la expresión de los trastornos, además de la eventual mejoría en la realización de actividades de prevención de salud. El concepto de vulnerabilidad y marcadores de ésta es compatible con los conceptos que derivan de la psiquiatría evolutiva y

la aparición de trastorno en poblaciones “vulnerables” a determinados cambios ambientales.

b. Sobre la pertinencia de la búsqueda de marcadores biológicos en psiquiatría

El tema en sí de la búsqueda de marcadores biológicos constituye para algunos una provocación. Al considerar nuestra especialidad como un área del conocimiento en que confluyen disciplinas tan amplias como la biología, psicología, sociología, filosofía, antropología, etcétera, y en la que además se mezcla la concepción del hombre en su sentido más amplio, no es difícil percatarse de que determinadas necesidades comprensivas determinarán respuestas atingentes a la propia naturaleza de la pregunta, esto es, los marcadores biológicos sólo son una respuesta a las preguntas surgidas del conocimiento biológico de las personas, apareciendo como datos estériles a las interpelaciones surgidas desde otras áreas de acercamiento al fenómeno de la enfermedad mental.

En el sentido expuesto, si bien la búsqueda de estos marcadores se restringe a un pequeño espacio en el mapa comprensivo de la conducta humana normal y patológica, sigue siendo completamente legítima, en la medida en que no perdamos el contexto general en que estos hallazgos están desarrollándose.

REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, Text Revision. Washington DC, American Psychiatric Association, 2000
2. Burke H, Davis M, Otte C *et al.* Depression and cortisol responses to psychological stress: A meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology* 2005; 30: 846-856
3. Doyle A, Willcutt E, Seidman L *et al.* Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Endophenotypes. *Biol Psychiatry* 2005; 57: 1324-1335
4. Gottesman I, Gould T. The Endophenotype Concept in Psychiatry: Etymology and Strategic Intentions. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 636-645
5. Gould T, Gottesman I. Psychiatric endophenotypes and the development of valid animal models. *Genes, Brain and Behavior* 2006; 5: 113-119
6. Honey G, Fletcher P, Bullmore E. Functional brain mapping of psychopathology. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2002; 72: 432-439
7. Homer P, Fischman A, Thrall J *et al.* Using imaging biomarkers to accelerate drug development and clinical trials. 2005; 10: 259-266
8. Kendler K. Reflections on the Relationship Between Psychiatric Genetics and Psychiatric Nosology. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 1138-1146
9. Panksepp J. Emotional endophenotypes in evolutionary psychiatry. *Progress en Neuro-psychopharmacology & Biological Psychiatry* 2006; 30: 774-784

SIMPOSIO INTERNACIONAL:
“EVOLUCIÓN Y PSIQUIATRÍA CONTEMPORÁNEA”

NEUROBIOLOGÍA, EVOLUCIÓN Y EXPERIENCIA ESTÉTICA¹

(Rev GPU 2007; 3; 1: 71-79)

Enrique Jadresic²

La perspectiva evolucionaria y los avances recientes de la neurorradiología están haciendo posible conocer mejor la naturaleza humana, y sus proyecciones van más allá de sus alcances biológicos. A su vez, las neurociencias están permitiendo estrechar la brecha entre la ciencia y el arte. Si la experiencia estética y la necesidad del arte son un fenómeno universal, debieran tener una base biológica. En otras palabras, pudieran tener que ver con la biografía de la especie (filogenia). En el presente trabajo se sintetizan los aportes de los expertos en estética evolucionaria, como los provenientes de la neuroestética, en lo referente a la experiencia del arte visual. Los mecanismos psicológicos detrás de la respuesta estética, si bien no está en juego un tema de vida o muerte, se desarrollaron, al igual que en otras especies, por selección natural. En lo que atañe a la comprensión del arte, en la actualidad tan importante como determinar las leyes psicológicas de la percepción (*el qué*), es precisar la lógica evolucionaria (*el porqué*) y conocer mejor la fisiología de las conexiones entre las estructuras visuales y límbicas del cerebro (*el cómo*).

Se ha dicho que en un mundo impredecible la evolución y la innovación más que un lujo son una necesidad (1). Tal vez eso explique, como lo afirmáramos en la introducción a este simposio, que más allá del aporte que la perspectiva evolucionaria ofrece a la psiquiatría, en la actualidad dicho enfoque está impulsando el desarrollo de contribuciones que trascienden al ámbito psicológico, político-social, económico y se proyectan

a otra áreas como el arte, la literatura y aun la moral (2-4).

Pues bien, como un modo de dar cuenta de la propagación e influencia de los principios evolucionarios en las conceptualizaciones actuales en áreas alejadas de la psiquiatría, al programar el simposio consideramos oportuno incluir algún tema no psiquiátrico que pudiera interesar a la audiencia. Siendo las opciones

¹ Este trabajo fue presentado en el Simposio Internacional “Evolución y Psiquiatría Contemporánea”, organizado por la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. Santiago de Chile, 7 de julio de 2006.

² Psiquiatra, Profesor Asociado de la Universidad de Chile y Diplomado en Arte, Pontificia Universidad Católica de Chile.

múltiples, la elección de un tema vinculado al arte no refleja necesariamente un desarrollo mayor de esta área en comparación a otras, sino principalmente un sesgo personal del autor derivado de su interés por las artes visuales. No obstante las dificultades que entrañó en nuestro caso incursionar en la psicología del arte (o más específicamente en la estética evolucionaria), uno de los temas más complejos de la psicología según Ramachandran (5) –autor que citaremos repetidamente en el texto–, intuimos que ello no mermó el gozo que nos proporcionó la experiencia. Con todo, surgen más preguntas que respuestas.

¿PUEDEN LAS NEUROCIENCIAS ESTRECHAR LA BRECHA ENTRE LAS CIENCIAS Y LAS HUMANIDADES?

Nos referiremos sucintamente a algunos hechos, sea en el plano de las ideas o de los hallazgos científicos, que vinculan, a modo de interfaz, lo que Charles P. Snow denominó durante la década de 1950 las “dos culturas” (las ciencias y las humanidades). Desde aquella época Snow y otros han planteado que estas dos culturas se hallan separadas no sólo por una brecha inmensa sino también insalvable (6). Al respecto, cabe hacer notar la distinta intención que tienen el arte y la ciencia. Martin Kemp, Profesor de Historia del Arte de la Universidad de Oxford, ha dicho: “una obra de arte siempre permanece abierta a la interpretación, arrastrando al espectador hacia lo que el artista ha visualizado, pero es incapaz de ejercer control sobre los sentimientos que induce. Siempre hay espacio para compartir con el espectador” (7). A su vez, ha agregado: “los científicos pueden desear atraer al lector o espectador en un viaje maravilloso de visualización imaginativa, pero en el análisis final siempre ansían comunicar una interpretación que incluye un contenido verificable de un modo no ambiguo” (7).

Un científico, Ramachandran, del “Center for Brain and Cognition” de la Universidad de California, en San Diego, en torno al mismo tema ha sostenido que “la ciencia busca las leyes universales”. Y del arte ha dicho que “es lo exactamente opuesto: el ejercicio de la individualidad en su grado supremo” (5).

No obstante, es pertinente preguntarse: ¿se puede estrechar la brecha entre la ciencia y el arte? De algún modo, los mismos autores a que hemos aludido, Kemp y Ramachandran, han entregado respuestas. Kemp: “...pero detrás de esta divergencia en la intención (entre la ciencia y el arte) corre un río turbulento de intuiciones compartidas acerca del orden y el desorden de las cosas” (7). Ramachandran, por su parte: “durante los últimos diez años se advierte una convicción crecien-

te que las neurociencias ofrecen una interfaz que nos puede ayudar a estrechar la brecha” (5). Más adelante daremos algunos ejemplos relacionados con las técnicas de neuroimágenes que, pensamos, dan sustento a tal afirmación.

Recientemente hicimos una búsqueda en Google sobre algunas de las disciplinas que se abocan a los temas que ahora nos ocupan. Sorprendentemente, encontramos los siguientes resultados: 711 referencias acerca de “psychology of the arts”, 599 referencias sobre “evolutionary aesthetics” y 9.510 referencias relativas a “neuroaesthetics” (8).

¿SE PUEDE DEFINIR EL ARTE?

Probablemente existan tantas visiones sobre este asunto como seres humanos sobre la Tierra. Consideremos, por un momento, algunas de las siguientes definiciones, citadas por Ramachandran (5): “El arte es la mentira que revela la verdad” (Picasso). “El arte es la magia del alma” (Goethe). “Aquello que todos saben lo que es” (Benedetto Croce). O bien la definición de arte de José Luis Borges: “La inminencia de una revelación que no se produce” (9).

Según la Real Academia Española, se trata de una “Manifestación de la actividad humana mediante la cual se expresa una visión personal y desinteresada que interpreta lo real o imaginado con recursos plásticos, lingüísticos o sonoros” (10). Por supuesto, todas estas definiciones son bastante vagas –especialmente para una audiencia con formación predominantemente científica como la que asiste a este simposio–, mas vislumbramos que debiera haber algo de verdad en todas ellas.

ARTE Y PSICOLOGÍA EVOLUCIONARIA

La psicología evolucionaria plantea que hay una conducta humana universal más allá de las diferencias culturales. Sostiene, además, que los mecanismos psicológicos detrás de dicha conducta se desarrollaron, al igual que en otras especies, por selección natural y que los factores ambientales que condicionaron dicha selección natural ocurrieron en el Pleistoceno y no en circunstancias actuales.

Ahora bien, pese a la enorme diversidad de estilos artísticos que se conocen (en pintura el estilo griego clásico, renacentista, impresionista, cubista, expresionista abstracto, etc.), cabe preguntarse: ¿es posible sostener que quizás hay leyes universales (o al menos algunos principios elementales aplicables en un sentido general), subyacentes a las distintas producciones artísticas?

Aludimos a un denominador común transcultural que pudiera de algún modo estar anclado en la biología. En otras palabras, que pudiera tener relación con la biografía de la especie (filogenia).

Enseguida, convengamos en que hoy día cualquiera puede introducir un cepillo de dientes en el interior de un envase de Coca-Cola y afirmar “yo llamo a esto arte y por lo tanto es arte”. Lo mismo puede aseverar Damien Hirst de una vaca conservada en formalina. De allí que, como propone Ramachandran, probablemente sea mejor hablar de las leyes de la estética en vez de las leyes del arte (un término tal vez demasiado abarcador) (5).

Los expertos en estética evolucionaria, y en particular los especialistas en neuroestética –término acuñado por Semir Zeki (11)–, sostienen que dichas leyes de la estética pueden haber estado “inscritas” o “cableadas” (hardwired) en las áreas visuales de nuestro cerebro (como también las conexiones entre ellas y los circuitos emocionales límbicos). Esas leyes de la estética pueden haber hecho posible vencer el camuflaje, segmentar la escena visual y descubrir y orientarse hacia configuraciones determinadas (“objet-like entities”) (5).

El hecho cierto es que en todas las culturas se encuentran formas artísticas. Descubrimientos recientes en el cono sur de África, en la cueva de Blombos, sugieren que los seres que allí vivían hace 77.000 años produjeron herramientas finamente afiladas (12) cuyo grafismo, de naturaleza al parecer simbólica, indica que muy temprano en la historia de la humanidad los pensamientos abstractos y creativos se manifestaron en objetos de arte.

Algunas cuevas encontradas en Francia y España dan cuenta de imaginativas creaciones artísticas tempranas. En los subterráneos de Chauvet, descubiertos en 1994, hay más de 400 pinturas de 14 animales diferentes. Los estudios efectuados con técnicas de radio-carbono muestran inequívocamente que ya hace más de 35.000 años se producía allí arte rupestre de cierta sofisticación. Más o menos en la misma época los hombres de Cro-Magnon raspaban las piedras en diversas partes de la región francesa de Dordogne. Se han interpretado los grabados que hacían como imágenes correspondientes a vulvas, las que serían la primera evidencia real de representaciones abstractas de un objeto ausente (13).

LA IMPORTANCIA DE LOS SENTIDOS Y LA RESPUESTA A LA BELLEZA COMO INSTINTO

La palabra “estética” deriva de la raíz griega que significa *percibir a través de los sentidos*, en oposición a las “cosas pensables o inmateriales”.

Baumgarten (1750, 1758) hace uso de la distinción entre conocimiento “intelectual” y conocimiento “sensorial” (Leibniz), concediendo el nombre de estética a este último. Catalogó de “bello” al conocimiento sensorial que producía satisfacción o placer (14). Éste es un elemento central.

A su vez, Aristóteles sostuvo: “Todos los hombres desean saber. Prueba de esto es el placer que nos otorgan los sentidos; independiente de su utilidad se los ama por sí mismos” (*Metafísica*, libro 1, 980^a).

En lo que concierne al término estética, al definirlo, el diccionario de la RAE también hace alusión en la mayoría de sus acepciones a que trata o se relaciona con la percepción o apreciación de la belleza (10).

Charles Darwin, por su parte, sostuvo que la belleza es un instinto básico y puso de relieve su estrecho vínculo con la diversidad. Señaló, con acierto, “si todos estuvieran diseñados según el mismo patrón, no existiría nada parecido a la belleza” (15). Cuando viajaba en el *Beagle*, en el siglo XIX, encontró en los seres humanos de las regiones que recorría una “pasión por la ornamentación” que calificó de universal; en muchos casos iba acompañada por grandes sacrificios y sufrimientos que no vaciló en llamar “prodigiosos”.

En la actualidad dan testimonio de las verdaderas “inmolaciones” a que están dispuestos los seres humanos con el objeto de mejorar su apariencia física las siguientes cifras que entregó hace algún tiempo la Sociedad Americana de Cirugía Plástica: en el año 2004 se registraron casi 15 millones de procedimientos de cirugía plástica en EE.UU., de los cuales poco más de 9 millones fueron cosméticos y sólo 5 millones y medio correspondieron a procedimientos reconstructivos (16).

Investigaciones sobre las percepciones de niños pequeños muestran que éstos, a los tres meses de edad, miran más rato las caras atractivas que a aquellas que carecen de este atributo (17, 18). Al parecer, los niños vienen al mundo equipados con la capacidad de discriminar y preferir lo bello.

Se debe resaltar que los expertos la mayoría de las veces describen la experiencia de ver la belleza, no cómo es. En ese sentido, se debería hablar de “fenomenología de la experiencia estética” más que de una “fenomenología del arte”. Asimismo, si bien el *objeto* de la belleza es motivo de controversia, no ocurre lo mismo con la experiencia de la belleza (19). En otras palabras, la belleza constituye una parte universal de la experiencia humana, produce placer, llama la atención y, según la perspectiva evolucionaria, propicia actos que contribuyen a asegurar la supervivencia de nuestros genes. Nuestro cuerpo responde visceralmente ante ella como

lo reflejan los nombres que cotidianamente le damos: a menudo decimos de una mujer bella “me quitó el hipo”, “me dejó sin respiración”, “fue para caerse de espaldas”, “me removió las hormonas”, “me hizo zapatear el corazón”, etc. La contemplación de una mujer bella no la experimentamos como contemplación racional sino como reacción emocional (19).

EVOLUCIÓN Y PAISAJE

Los evolucionistas dicen que en la apreciación del paisaje estaríamos sensibilizados por circuitos cerebrales modelados por la selección natural. Han asociado, por ejemplo, la calidad estética de ciertos escenarios naturales a sentimientos de salud y bienestar.

Trabajos recientes en estética ambiental han recogido estas especulaciones tempranas y las han sometido a análisis experimental. Así, cuando se investiga seres humanos del presente, se encuentra en forma consistente que prefieren los ambientes semejantes a la savana en vez de otros: ambientes donde hay agua, árboles grandes, espacios semiabiertos, cambios de nivel, visión del horizonte y complejidad moderada (20). El geógrafo Jay Appleton opina que tales entornos ofrecen perspectiva y refugio, la posibilidad de controlar el mundo exterior desde un lugar seguro (21).

LA APROPIADA RELACIÓN ENTRE EL TODO Y LAS PARTES

Aristóteles fue uno de los que resaltó la noción de gracia (*donaire*) y la relación de las partes con el todo. Así, como se ha dicho, las notas de una pieza musical no son bellas en sí mismas, aisladas. Es sólo cuando se las sitúa en una cierta relación entre sí que se despierta la emoción estética (aquí lo que gatillaría la respuesta estética sería un patrón temporal y no espacial como sucede en las artes visuales). Con respecto a esto, el neurobiólogo desea saber de dónde proviene la respuesta a la relación de entre el todo y las partes, ¿tiene una base evolucionaria?

Pues bien, sin entrar en los detalles de investigaciones específicas, se puede sostener que en el proceso de la evolución, en la lucha entre depredador y presa, por detectar y esconderse, respectivamente, se conformó una mente capaz de extraer patrones a partir de la información primaria que entregaban los sentidos. El reconocimiento de patrones o configuraciones está profundamente inscrito en nuestro cerebro. Ahora bien, se ha señalado que en el caso de la respuesta estética no está en juego un tema de vida o muerte. La respuesta estética es, por decirlo así, “desinteresada”.

La psicología evolucionaria plantea que la mayoría de los grandes productos de la civilización humana –incluyendo el arte, la religión y la ciencia– son efectos inesperados (*side effects*) de módulos que originalmente fueron diseñados con otros propósitos (22).

No todos los atributos biológicos, según esta perspectiva, son adaptativos. Algunos son efectos inesperados, no adaptativos, secundarios a atributos adaptativos. Se ha dado el ejemplo del color blanco de los huesos que no cumple ninguna función específica, siendo simplemente un efecto secundario, consecuencia de que los huesos están hechos de calcio (22).

EL IMPACTO DE LO NUEVO

Se ha visto que la activación de los sistemas sensoriales es máxima frente a lo inesperado (23). El famoso trabajo de Lettvin *et al.* (1959) –“¿Qué le Dice el Ojo de la Rana al Cerebro de la Rana?”– hace hincapié en que es principalmente el cambio en el ambiente visual el que gatilla la actividad en los centros visuales de la rana (24). Y así sucede en forma bastante generalizada en toda la fisiología sensorial (25). Smith se pregunta si acaso el “choque de lo nuevo” no proporciona alguna base fisiológica (si no una justificación) para la aparente insubstantialidad de mucho del arte Moderno y Posmoderno (23).

Además, el conocido fenómeno de la habituación ayuda a entender el valor estético de lo nuevo e inesperado. Como sabemos, después de un cierto número de repeticiones se pierde la capacidad de asombro.

EL JUEGO

Se suele decir que “la mirada estética termina en el objeto estético”, con lo cual se quiere decir que la mirada estética es suficiente en sí misma y no está dirigida a ningún propósito utilitario.

Algunos autores (biólogos principalmente) han relacionado la experiencia estética con el juego. Puede que no esté al servicio inmediato de salvar la vida pero provee un sinfín de oportunidades para el despliegue de conductas exploratorias y para poner a prueba diversas estrategias y descubrir los límites de lo posible (26).

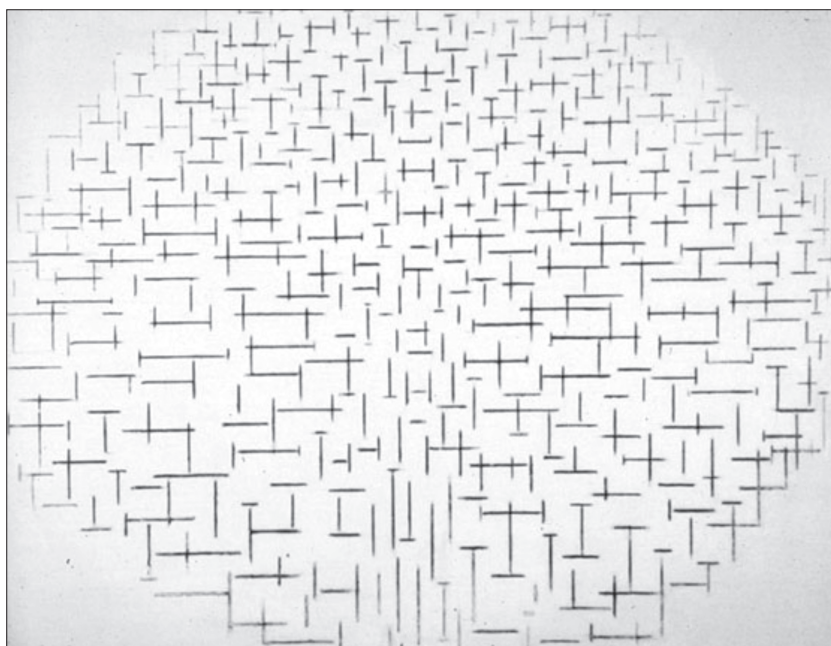
PROCESAMIENTO VISUAL

Hubel and Wiesel (Premio Nobel 1981) mostraron que en los sistemas visuales de los mamíferos operan jerarquías de detectores de contornos, los cuales responden óptimamente a líneas de cierta orientación, a líneas “cortadas”, a ciertos ángulos, y así sucesivamente.

Figura 1
PIET MONDRIAN 1908-1911, ARBOL ROJO, GRIS, AZUL (DE ARRIBA A ABAJO)



Figura 2
MUELLE Y OCÉANO, 1915



Los evolucionistas aducen que existen buenas razones para este tipo de organización tan particular. Expresan que el mundo visual está lleno de contornos y discontinuidades de este tipo. Pensemos en el perfil de los objetos que se mueven dentro de nuestro campo visual, en las líneas verticales y diagonales de los troncos y las ramas de los árboles, en el arrugado contorno de las hojas, las siluetas en movimiento de los animales, los pastos largos de la savana, el horizonte, etcétera (26).

Algunos artistas, especialmente los que no se dedican a la representación, parecen haber explotado este modo de funcionar del sistema visual. El desarrollo de la pintura de Piet Mondrian proporciona un excelente ejemplo. Mientras más se concentró en la esencia de lo que estaba “ahí”, en otras palabras, en la medida que más buscó la abstracción, su énfasis en los contornos aumentó. Esto se puede ver claramente al compararse los tres cuadros de árboles de 1908 y 1911 (Figura 1), y quizás con más elocuencia en su obra “Muelle y Océano” de 1915 (Figura 2). En esta última obra los colores casi desaparecen y se estimulan los detectores de orientación a través del fuerte énfasis en los bordes.

La investigación de lo que “realmente” vemos avanzó todavía más en los trabajos de Picasso, Braque y otros en el cubismo de comienzos del siglo veinte. Picasso mismo era bastante explícito acerca de lo que

estaba haciendo; decía: “Pinto formas según cómo las pienso, no según cómo las veo” (27).

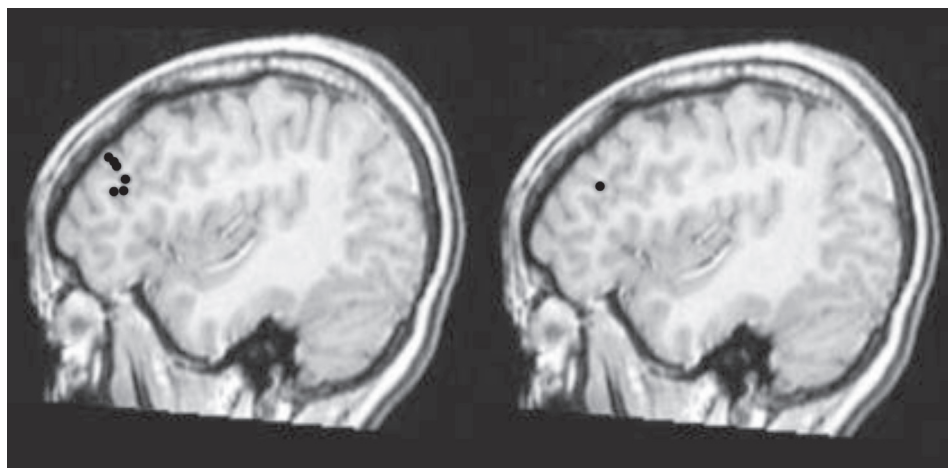
Por cierto, el sistema visual es mucho más que una jerarquía de detectores de características, que van desde los simples detectores de orientación a los detectores de rostros, pero no es nuestro campo y no nos detendremos en ello. Sólo quisiéramos decir, muy brevemente, que la visión de colores es de considerable importancia evolucionaria en muchos linajes de vertebrados (26). Donde está presente, actúa como un medio adicional para descubrir al depredador y/o la presa, o una pareja adecuada. También es importante para muchos primates ya que los ayuda a distinguir la fruta madura y los granos de entre el follaje del ambiente arbóreo en que viven.

En fin, sabemos, también, que muchos artistas han procurado abstraer y enfatizar lo esencial del color. Lo vemos, entre otros, en algunos cuadros del chileno Roberto Matta. Entre los extranjeros, en las obras de Matisse, Kandinsky y, por supuesto, en el trabajo puntillista de George Seurat.

APLICACIÓN DE LAS TÉCNICAS DE NEUROIMÁGENES

Los desarrollos recientes de la neurorradiología nos abren la opción de saber más acerca de nosotros mis-

Figura 3



Activación de la corteza dorsolateral prefrontal frente a un estímulo calificado como “bello” por el participante (izquierda) y frente a un estímulo calificado como “no bello” (derecha).

Cela Conde *et al.* Proceedings of the National Academy of Sciences USA 2004; 101: 6221.

mos que nunca antes (28, 29), ya sea que se trate del razonamiento moral (30), de decir la verdad o mentir (31), o de la experiencia estética.

Gisèle Marty *et al.* encontraron que existe un componente básico de lo estético, lo que Eysenck denominó un “factor único” (lo que un sujeto encuentra bello también lo encuentra, en gran medida, agradable, interesante, original) (32). Pues bien, utilizando como única variable de estudio lo bello/no bello, el mismo equipo de investigadores (Camilo J. Celá-Conde, G. Marty *et al.*) mostraron, a través de la técnica de magnetoencefalografía, que en los seres humanos la corteza prefrontal se activa selectivamente durante la percepción de objetos calificados como “bellos” por los participantes del estudio (33). Específicamente, demostraron una activación de la corteza dorsolateral prefrontal frente a un estímulo calificado como bello (Figura 3).

También por medio de las neuroimágenes, Kawabata y Zeki mostraron que la percepción de cuadros catalogados como feos, neutrales o feos se asocia a la participación diferenciada de áreas visuales especializadas del cerebro (34).

Otros estudios muestran que las respuestas intensamente placenteras a la música se correlacionan con actividad en el cuerpo estriado, mesencéfalo, amígdala, corteza órbita frontal y corteza prefrontal. Cabe consignar que estas estructuras se activan también en

respuesta a otros estímulos inductores de elación: comida, sexo, drogas de abuso (35).

Por cierto, las técnicas de neuroimágenes actuales entregan una aproximación muy básica y rudimentaria. De esta manera no es posible, todavía, precisar vías nerviosas específicas. Empero, desde la perspectiva evolucionaria se sugiere que estas vías se remontan al Pleistoceno cuando, a través de un proceso de incontables generaciones, se forjó el biotipo humano (26).

¿QUÉ RELACIÓN EXISTE ENTRE LA EXPERIENCIA ESTÉTICA Y LA CONCIENCIA?

Es posible encontrar desde autores que sostienen que estar conscientes es un pre-requisito para poder apreciar el arte, hasta aquellos, como Ramachandran, que sostienen que mucha de la seducción que ejerce el arte es inconsciente. Él afirma que antes de que la corriente de procesamiento visual se traduzca en la experiencia culminante del reconocimiento visual (consciente) probablemente se verifican experiencias subumbrales o protoestéticas (inconscientes) (36). En una osada propuesta, llega a postular que el “objetivo” del arte visual es generar el mayor número de experiencias protoestéticas posibles a través del diseño ingenioso de patrones visuales (36).

¿REDUCCIONISMO?

En relación a las críticas de reduccionismo que él y otros reciben por su trabajo, Ramachandran expresa: “la crítica de que se trata de una visión reduccionista se basa en la falacia de que la diversidad en la superficie implica una igual diversidad de causas, una noción que es la antítesis misma de la ciencia” (5). Agrega: “Aun si el 90% de la variación que se da en el arte fuera debido a la moda, el gusto y la cultura, el 10% restante (influido parcialmente por los genes y en parte por un factor ambiental universal) interesa cada vez más a muchos científicos” (5).

NO SE PUEDE PRESCINDIR DE LA SUBJETIVIDAD

El neurólogo e investigador de origen hindú enfatiza la importancia de la subjetividad al señalar: “delinear las leyes que subyacen a la experiencia estética de ningún modo desmerece la originalidad del artista individual, cuya tarea es justamente desplegar su subjetividad”. No por ello deja de preguntarse si las leyes universales de la estética son interculturales e interespecies. Al respecto, afirma que las leyes universales de la estética no sólo son comunes a ciertas culturas sino también cruzan los límites entre las distintas especies. Y expresa: “Después de todo encontramos bellos a los pájaros y a las mariposas a pesar de que la evolución los llevó a ser bellos sólo para los de su propia especie, y nosotros tomamos un camino diferente hace muchos millones de años” (5).

Ramachandran postula que una comprensión final del arte visual sólo será posible cuando se estudien en forma rigurosa las leyes psicológicas de la percepción y el reconocimiento de objetos (*el qué*), la lógica evolucionaria que subyace a estas leyes (*el porqué*) y se conozca mejor la fisiología de las conexiones entre las estructuras visuales y límbicas del cerebro (*el cómo*) (5). No obstante, con modestia, se debe señalar que probablemente nunca entenderemos totalmente el arte, especialmente su capacidad de permitirnos trascender más allá de nosotros mismos o, parafraseando a un destacado psiquiatra chileno (37), su poder único de mostrarnos a los hombres corrientes un atisbo de infinito.

REFERENCIAS

- Giacardi E, Fischer G. Creativity and evolution: A Metadesign Perspective. Disponible en <http://scholar.google.cl> Acceso se verificó en junio 25 de 2006
- Storey R. *Mimesis and the Human Animal: On the Biogenic Foundations of Literary Representation*. Northwestern University Press, Evanston, 1996
- Carroll J. *Evolution and Literary Theory*. University of Missouri Press, Missouri, 1995
- Fischer A. *Evolución. El Nuevo paradigma*. Segunda edición. Editorial Universitaria, Santiago, 2001
- Ramachandran VS. Beauty or Brains. *Science* 2004; 305: 779-781
- Snow CP. *The Two Cultures and the Scientific Revolution*. Cambridge University Press, Cambridge, 1959
- Kemp M. From science in art to the art of science. *Nature* 2005; 434:308-309
- Google. Disponible en <http://www.google.cl> Acceso se verificó en junio 25 de 2006
- La Página de los Cuentos-Foro: Literatura. Poesía/¿Qué es el Arte? Disponible en <http://www4.loscuentos.net/forum/8/1808/>
- Diccionario de la Real Academia Española. Disponible en <http://www.rae.es/> Acceso se verificó en junio 25 de 2006
- Zeki S. *Inner Vision: An Exploration of Art and the Brain*. Oxford University Press, Oxford, 1999
- Wilford JN. Artifacts in Africa suggest an earlier modern human. *New York Times* 2001
- Solso RL. *The Psychology of Art and the Evolution of the Conscious Brain*. The MIT Press, Cambridge, Massachusetts, 2004
- Baumgarten AG. *Aesthetica*. Trajecti cis Viadrum, 1750, 1758
- Darwin C. *The Descent of Man, and Selection in Relation to Sex*. Princeton University Press, Princeton, 1981
- American Society of Plastic Surgeons. 2000, 2002, 2003, 2004 National Plastic Surgery Statistics. Cosmetic and reconstructive procedures trends. <http://www.plasticsurgery.org/publiceducation> Acceso se verificó en noviembre 10 de 2005
- Langlois JH, Roggman LA, Casey RJ, Ritter JM, Rieser-Danner LA, Jenkins VY. Infants preferential for attractive faces: Rudiments of a stereotype? *Developmental Psychology* 1987; 23: 363-369
- Langlois JH, Ritter JM, Roggmann LA, Vaughn S. Facial diversity and infant preferences for attractive faces. *Developmental Psychology* 1991; 27: 79-84
- Etcoff N. *La supervivencia de los más guapos*. Editorial Debate, Madrid, 2000
- Orians GH, Heerwagen JH. Evolved responses to landscapes. En: *The Adapted Mind*, Barkow JH, Cosmides L, Tooby J, eds. Oxford University Press, Oxford, 1992
- Appleton J. *The Experience of Landscape*. John Wiley, Nueva York, 1975
- Evans D, Zárate O. *Introducing Evolutionary Psychology*. Icon Books, Cambridge, 1999
- Smith CUM. Evolutionary Neurobiology and Aesthetics. *Perspectives in Biology and Medicine* 2005; 48: 17-30
- Lettvin JH et al. What the frog's eye tells the frog's brain. *Proc Inst Radio Engineers* 1959; 47:1940-1951
- Smith CUM. *Biology of Sensory Systems*. Wiley, Chichester, 2000
- Smith CUM. Evolutionary Neurobiology and Art. *International Review of Neurobiology* 2006; 74: 1-14
- Gómez de la Serna R. Completa y verídica historia de Picasso y el cubismo. *Revista de Occidente* 1929; 25: 100
- Christien Y. Neurobiologie des valeurs humaines: le beau, le bien, le vrai. En: *Colloques medecine et recherche*. Fondation Ipsen, Paris, France, 2005
- Seidenwurm DJ, Devinsky O. Neuroradiology in the Humanities and Social Sciences. *Neuroradiology* 2006; 239: 13-17
- Greene JD, Sommerville RB, Nystrom LE, Darley JM, Cohen JD. An fMRI investigation of emotional and moral judgment. *Science* 2001; 293: 2105-2108
- Mohamed FB, Faro SH, Gordon NJ, Platek SM, Ahmad H, Williams JM. Brain mapping of deception and truth telling about

- an ecologically valid situation: functional MR imaging and polygraph investigation – initial experience. *Radiology* 2006; 238: 679-688
32. Marty G, Cela-Conde CJ, Munar E, Roselló J, Roca M, Escudero JT. Dimensiones factoriales de la experiencia estética. *Psicothema* 2003; 15: 478-483
 33. Cela-Conde CJ, Marty G, Maestú F, Ortiz T, Munar E, Fernández A, Roca M, Rosello J, Quesney F. Activation of the prefrontal cortex in the human visual aesthetic perception. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA* 2004; 101: 6221-6225
 34. Kawabata H, Zeki S. Neural correlates of beauty. *Journal of Neurophysiology* 2004; 91: 1699-1705
 35. Blood AJ, Zatorre RJ. Intensely pleasurable responses to music correlate with activity in brain regions implicated in reward and emotion. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA* 2001; 98: 11818-11823
 36. Ramachandran VS. *A Brief Tour of Human Consciousness*. Pi, New York, 2004
 37. Silva H. Roberto Matta y el momento de la creación artística. *Revista de Psiquiatría Clínica* 2003; 40: 57

ANÁLISIS CLÍNICO

FORMAS, METAFOR(m)AS Y TEXTO TERAPÉUTICO

(Rev GPU 2007; 3; 1: 80-87)

Patricia Cordella¹

Se elige de un tramo de sesión realizada durante la primera consulta terapéutica en una niña de cuatro años con alopecia areata. Se analizan los significados expresados en cierta secuencia lúdica que ocurre en paralelo a la narración de eventos que realizan los padres creyendo encontrar allí las causas de la enfermedad por la cual han sido derivados. Se consideran las formas y las metáforas que de allí pueden construirse, como aspectos de la superficie comunicacional que contienen la lógica del conflicto.

Observaremos jugar una niña de cuatro años. Esto nos permitirá reflexionar acerca del curso metafórico que toman los efectos de la realidad en su cuerpo. Lo perceptual será transformado en formas y metaformas que se conjugarán en sistemas de coherencia comunicacional en el campo de relación terapéutica. Estas unidades serán parte del texto terapéutico, que propone mientras los padres relatan acontecimientos familiares que suponen podrían explicar la alopecia que la aqueja.

CASO CLÍNICO

Se trata de Isidora, una pre-escolar de cuatro años que es traída a consultar, luego de una pelea con la madre que es vivida con mucho dolor por ésta, a pesar que había sido derivada por presentar una alopecia areata seis meses antes.

La niña, llena de cólera, habría amenazado con destruir los dibujos que la madre habría hecho en juego

común. El padre interviene, la niña se calma y la madre decide consultar pues esto le parece un signo de "algo más". La familia está compuesta por el padre y la madre, ambos exitosos profesionales que vivían en Europa hasta que el padre es llamado a ocupar cargo público en nuestro país. Ambos doctorados en ciencias sociales, emigran con otro hijo, ahora escolar. Isidora, la niña por la cual consultan, nace programadamente durante la estadía en el extranjero.

ELECCIÓN DE LA ZONA DE ANÁLISIS

Durante la primera sesión la niña toma una caja de plasticina, se sienta en el suelo imitando-copiando la postura de la terapeuta, se rasca, tose y pregunta: –Por dónde se abre la plasticina? Ay! Ay! –se queja. Busca tijeras –No las encuentro –dice– Y ¿qué es esto? –Papeles lustre –contesta la terapeuta.

–Voy a hacer helados –y toma palitos sobre los cuales trata de adherir plasticina. Hace helados rojos,

¹ Médica psiquiatra. Profesora auxiliar Pontificia Universidad Católica de Chile. Una primera versión de este artículo fue publicada en la Rev. electrónica Fort-da 7 abril 2004.

blancos, naranjas y otros. –Voy a comer un helado. No sé cuál elegir. No sé qué más hacer- Y juega a clasificar los helados según sus colores- Los helados se caen de los palitos. Ella los vuelve a reponer. –Ya sé cómo pegarlos –vuelven a caerse. Ahora se come el helado de naranja. –Voy a hacer una flor –y toma los helados y los transforma en un ramo de flores. Luego, toma lápices y comienza a dibujar una flor que, dice, necesita casa y continúa con una secuencia de dibujos en la cual la flor queda incluida. Todo esto mientras los padres relatan el motivo de consulta, los gatillantes y las expectativas que los traen a consultar.

DESCRIPCIÓN DE LA ZONA SELECCIONADA

Isidora decide hacer una serie ordenada y finita: una estructura lineal de asociación. La secuencia repite el mismo significante, que en este caso es un palito duro, plano y largo con un cono-esfera moldeable de color al que llama “helado”. Este parece ser un modelo básico de sintaxis 1:1 que recuerda las series temporales como secuencias de unidades dispuestas unas tras otras. Un grupo cuya función parece estar en secuenciar y repetir el mismo concepto. Se trata de un modelo cognitivo básico el cual es sometido a fraccionamiento cuando decide agrupar por colores y elegir cuál de los elementos incorporar (comer). Si tuviéramos que hacer una traducción matemática diríamos que ella construye una línea, un corte en el espacio. Si la traducción fuera lingüística, que construye una frase cotidiana de enumeración. Sin embargo, sucede que los helados no se sostienen, la plastilina no se adhiere completamente al palito y sucede que como Isidora quiere que esto ocurra, insiste. Si nos remitimos a las funciones representativas, un helado es una figura que por definición “*necesita estar asida a la mano de alguien para no caer*”. Desde el campo semántico de “helado” en la representación corporal (fantasía inconsciente) la temperatura ordena *frescura* y distingue de tibio o caliente, además de señalar *dulce*, suave, disoluble. También está cerca de lo *frío* y *distante*.

Este juego nos lleva por tanto a un mundo de series, de opuestos (parados/caídos; duro/moldeable; frío/caliente; suave/áspero; grupos/elementos;) y de transformaciones, los helados pasan a ser flores.

El juego se propone como texto terapéutico, imagen que condensa dimensiones del experimentar de la niña. El texto está allí para comunicar y ser transformado, entremedio de otros textos (los parentales) más elaborados y camuflados tras los trucos lingüísticos que la adultez va ejerciendo.

¿Cómo ocurre que Isidora comunica? ¿Qué comunica? Comenzaremos reflexionando acerca de la construcción de la sensorialidad de las formas que hacen posible comunicar a través de ellas experiencias complejas.

Formas y meta-formas

Los modos sensoriales de generar vivencias son contiguos entre sí, de modo que lo visto, lo oído, lo tactado pueden confluír e intercambiarse hasta construir constelaciones presimbólicas. La sensación es la manera cómo algo me afecta, la vivencia es un estado del sí mismo (Merleau-Ponty 1945).

Estas organizaciones son series ligadas sin localización, más bien tienen propiedades distribuidas (Varela 1999) que podemos entender como resultado de la estructura y del proceso de construir esta estructura. Las formas son conjuntos estables de orden y significación. Más que materia, es relación de partes en funcionamiento que adquiere un estatuto formal para hacerse legible a la conciencia. Las formas se encuentran distribuidas en varios niveles de la experiencia y pueden entredeterminarse (Merleau-Ponty 1953). La forma no existe a la manera de una cosa, es más bien la idea bajo la cual se reúne y resume lo que sucede en varios lugares. Estas unidades adquieren sentido en cadenas de significaciones, como lo hacen los fonemas en las palabras o las palabras en las oraciones o las oraciones en un texto. Las formas son, por tanto, como fonemas preceptuales: perceptos. Son unidades dinámicas que adquieren su propiedad de la relación con otras unidades. Esta unidad puede ser llamada objeto perceptual como un modo de metaforizar, concretar su estructura y/o su función. Podríamos pensar que son estas estructuras perceptivas las que construyen el mundo físico, emocional y cultural a través de las configuraciones sensoriales. El valor de cada forma se determina en el conjunto del cual participa. La forma, como fonema sensorial, irá construyendo frases sensoriales que llamaremos emociones.

El modo en que la forma se liga y construye estructura sólo podemos observarlo y entenderlo desde los modos que culturalmente aceptamos como relacionadores de partes. Es decir, para entender las formas debemos recurrir a los modos de entender la realidad. Estos modos son derivados de la lógica, matriz a la cual estamos sometidos por el lenguaje. Explorar la configuración de las formas, entonces, nos mantiene cautivos en la lógica dicotómica de la causa y efecto o del sujeto y predicado. Otros modelos que podrían auxiliar esta reflexión es el modelo de las probabilidades derivado

de la incertidumbre de la energía (Zohar 1994). La forma es una unidad de relación, de unión, de ligue, y podemos suponer que los modos de enlace posible son:

1. Enlace causa-efecto
2. Aglomeraciones de elementos que constituyen configuraciones (al modo organización del caos)
3. Secuencias temporales
4. Enlace centrípeto.
5. Tendencias configuracionales
6. Diferencias
7. Similitudes
8. Sincronías.

La forma es la unidad del orden del universo sensorial. Es el conjunto de relaciones base que requiere para construirse al menos tres momentos:

1. Percepción propiamente tal
2. Conexión perceptual
3. Formalización operativa del precepto.

Más allá de la dotación corporal de receptores, terminaciones nerviosas, cortezas de integración y asociación que supone lo sensorial, la forma, como metáfora básica del experimentar, comparte frontera con la discontinuidad del universo simbólico, del cual secciona y selecciona lo perceptual hasta adaptarlo y hacerlo matriz. Toda forma produce discontinuidad, saltos y sin embargo construye la continuidad de la experiencia pues va integrando diversas modalidades sensoriales.

Estas formas construyen frases iconizables. Desde la fantasía inconsciente hasta la consciente hay un continuum perceptual integrador cuerpo-cultura. Iconizar la experiencia perceptual es parte de la humanización. La fantasía inconsciente sería una organización destinada a dar formas, es decir, a seleccionar y relacionar percepciones sensoriales. Esta forma es protosimbólica (Stern 1995). *La psique comienza como una elaboración imaginativa del funcionamiento físico, siendo su misión más importante la de ligar las experiencias y potencialidades del pasado con el percatamiento del momento actual y la expectativa del futuro. Así cobra existencia el self* (Winnicott 1996).

El sentido más rudimentario del *self* se construye al ritmo de las sensaciones (Tustin 1984) en un modo presimbólico y sensorial (Ogden 1992). Las imágenes, formas complejas, son vehículos que trasladan referencias físicas: formas, ritmos, texturas, temperaturas, tamaños, movimientos, reflejos y pasos (de aire, leche), bloqueos (de flatos, mucosidades), desintegraciones

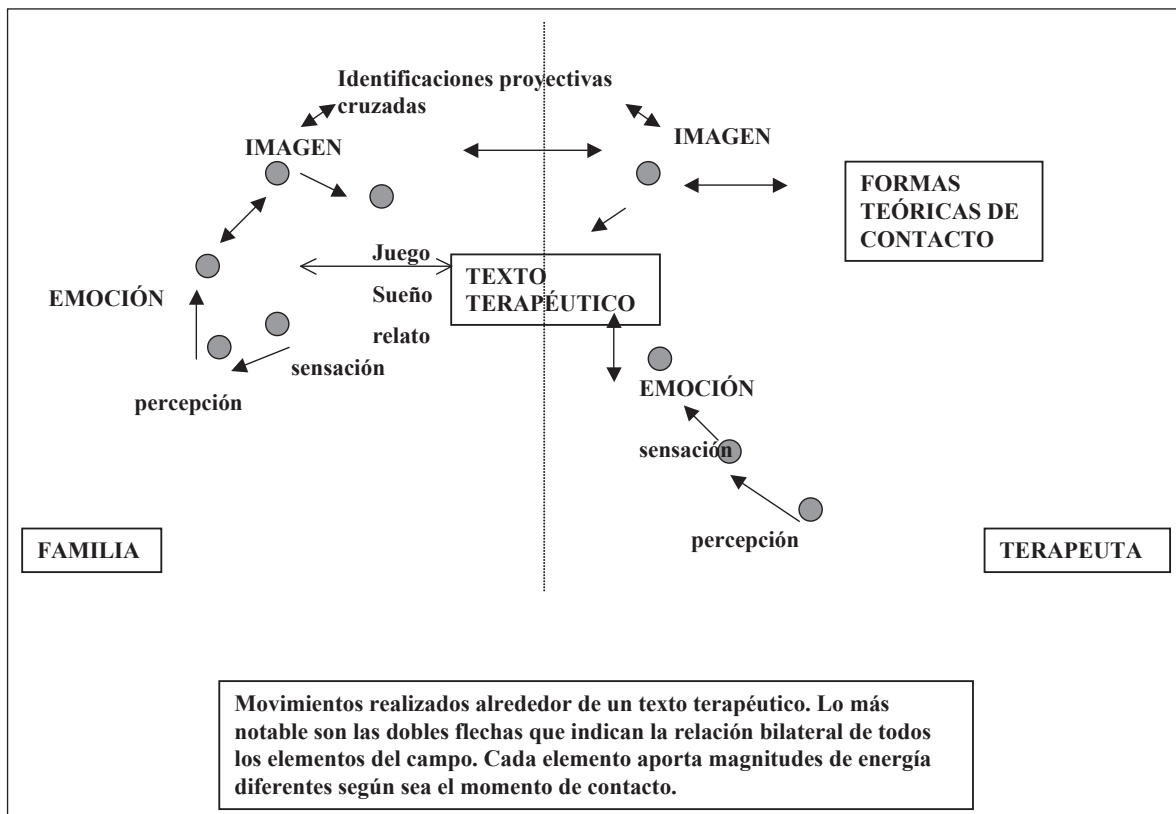
(disolver azúcares, más tarde mascar), integraciones (hacer un bolo alimenticio), excreciones, excitaciones hacia el espacio de la representación. Desde ese espacio será posible organizar la experiencia con palabras. Hay un proceso de transformaciones que guía la percepción hasta alcanzar niveles de abstracción como lo ha señalado Bion en su grilla. Este camino de estaciones integradoras es denominado desarrollo mental, desarrollo psicológico o autonomía. En cada *estación de transformación* hay una pérdida que va cayendo al no-yo (Bleger 1967). Este no-yo perceptual es un borde corporal que enmarca el yo. Así el borde es atendible para la conciencia en tanto *forma*. Esta forma compleja facilita lo pensable y sentible de la experiencia transformándola en una forma comunicable, por ejemplo a través de la fantasía, que es un conjunto de formas.

La representación es la presentación de un campo imaginario dispuesto a la contemplación y abierto a ser significado por un testigo. Este modo de comunicación puede ser codificado tanto en clave: somática, por ejemplo a través de sentir un dolor en el campo interaccional; emocional por ejemplo al sentir o transmitir temor o conativo, por ejemplo al inducir acciones agresivas. Una forma *metafórica al acto* sería la identificación proyectiva, juego relacional que utiliza canales de comunicación preverbales para guiar a ambos concurrentes dentro de una forma emocional matriciada del temor y hacerlos experimentar en conjunto un conflicto no resuelto. Esta forma incluye sensaciones, emociones, guiones y actos ordenados según los montos de temor, agresión en defensa al temor (por ejemplo ser el victimario), sumisión en defensa al temor (por ejemplo ser la víctima), deformación de la realidad en defensa al temor (por ejemplo idealizaciones o depreciación). Una forma sensorial es ya una metáfora.

En una metáfora la verdad está configurada desde la maraña sensorial. Los árboles que suceden al hablar, es decir, las múltiples formas de dicotomización del lenguaje, nos permiten organizar estas formas en series y grupos que cimientan la realidad consensuada. Formas de orden como el tiempo serán de especial interés para la coordinación de la especie. La metáfora es una forma sometida a la palabra que hace *figura*, es decir, traslada hacia la comprensión pública los eventos sensoriales privados. Esta forma es transmisible a través de sueños, fantasías, juego, palabras.

Estas figuras o representaciones son signos con fines expresivos que utilizan estructuras reguladas por la sintaxis sujeto-predicado. Este par ordena los elementos (objetos) en una cierta relación de poder donde uno se subordina al otro, se complementa, se homologa o se distancia. Estas relaciones parecen estar prediseña-

Figura 1
DINÁMICAS DEL CAMPO DE TRANSFORMACIONES



das como una si una cierta autoridad las alineara en una meta-organización logocéntrica. Como si la experiencia y su exposición aspiraran a nada menos que una genealogía de la objetividad general. Esta primera tarea de codificación no es aún relato ni mito ni historia ni ficción. Es fragmento sin conclusión, lleno de puntos suspensivos, de discontinuidades puesto allí para ser ligado, inscrito y guardado en un acto de filiación a la cultura. Es paradójico, pero aquello que queremos conservar en la nominación de la experiencia lo perdemos. Una forma es algo muerto, un fantasma de lo vivo que hubo. Un pájaro de dos alas: una, cortada y fija en una relación de figuras lógicas, y la otra, que aletea y se desplaza hacia otros sentidos de los sentidos. La forma suele repetirse como un aleteo de pájaro mutilado en diferentes niveles de la experiencia.

Estas unidades de condensación se deslizan entre los ejes sintagmáticos y paradigmáticos siendo ligadura y referencia. Utilizando por tanto la metonimia y la significación; la contigüidad homofónica o conceptual y la comparación por semejanza de función o significado (Houzel 1993).

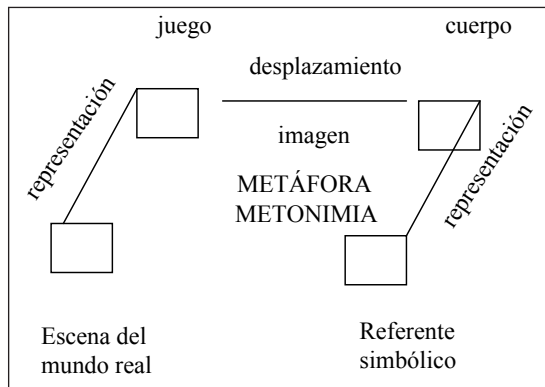
Ligar es una función del *reverie* (Bion, 1997) materno primero y propio después. Este ligue crea un continente sin agujeros capaz de metabolizar la experiencia. La actividad forma-metaforma sería un modo de volver mentalizable la experiencia (Fonagy 1999) y volverla *situación comunicable*.

Las formas serían una clase de fonema sensorial. Nos interesa reconocer dichas unidades de sentido para reescribirlas en terapia.

ACERCA DEL TEXTO TERAPÉUTICO

La forma participará en la expresión de la vivencia apareciendo en el texto terapéutico, emergente del campo bipersonal (Ferro 1998, Baranger 1962) e intersubjetivo en la relación familiar. Este es un lugar de conjugación de la percepción. Aquí es posicionada en los tiempos presente, pasado y futuro. Espacio de creación de sentido y de integración. El texto es una configuración de factores y funciones (Bion 1997). Algo puede ser tomado como elemento y algo como la cuerda que los liga y luego intercambiarse.

Figura 2
MOVIMIENTOS PARA CONSTRUIR IMAGEN



El cuerpo desplaza la experiencia hacia el juego pasando por ordenadores metafóricos o metonímicos que dan forma a la experiencia enlazando con una pauta específica (forma) aquello que se quiere representar. En el otro eje paralelo se encuentran lugares de representación analógica. Ej.: El juego es al mundo real como el referente simbólico al cuerpo.

Los textos despojan hacia la superficie parte del afecto, parte de la corporalidad, pero aún lo sugieren al hacerse palabra, sueño o juego. La dispersión (Joyce Mac Dougall 1995) de afectos puede mostrarse en defensas, ansiedades o conflictos.

En este caso que presentamos, el juego de los helados es un texto terapéutico rico en formas que develamos a través de organizar la información tomando los sustantivos (objetos), los calificativos (propiedades) y los verbos (movimientos) con el carácter de metáforas. Esto permite observar, describir y construir sentido desde otras dimensiones del texto y verlo entonces como formas distribuidas en otros niveles de la experiencia que nos interesa reconocer. El texto juego es la expresión de las formas perceptuales que escriben la experiencia de Isidora. Estas formas se repiten, como pautas aprendidas, en la relación que comienza a establecerse entre Isidora y su terapeuta. El texto aparece en el campo como una invitación de acoplamiento, se ofrece en la función de *sintonizar* (Ferro 2000) y hacer resonar a ambos en una clase de verdad de encuentro. Tiene tanto un eje imaginario, en cuanto pone en concreto una serie de fantasías, y otro simbólico en tanto representación de la experiencia. Al menos dos ejes se cruzan, las fantasías inconscientes, el eje más corporal, privado y sensorial, y la biografía, el eje más social, público y compartido (ver Figura 2). Es una condensación de

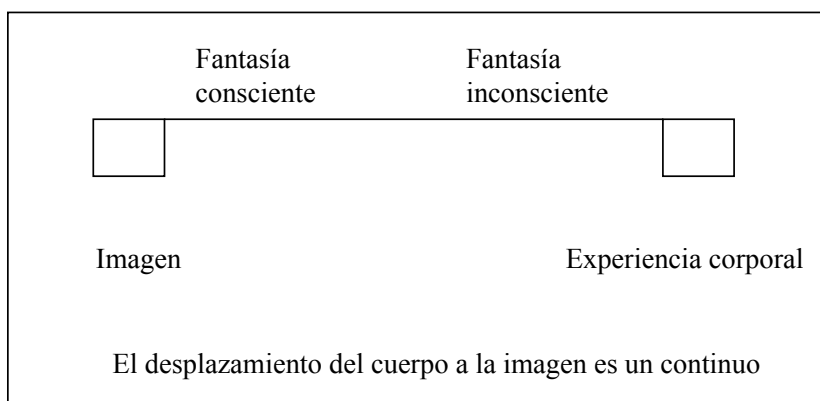
significantes que se comporta con leyes particulares. Nos parece que lo postulado por Matte Blanco (Casaula 1993) se ajustaría a este funcionamiento 1.- El todo es igual a las partes: por lo cual el hilo conector de este juego se repetirá en otros textos de igual forma. Es posible que encontremos el tema de la adherencia, la plasticidad, lo duro que sostiene, las caídas como elementos-funciones en otros campos semánticos. 2.- Ausencia de secuencia temporal y espacial: caer, adherirse, amoldarse, sostener pueden ser entendidos transtemporales en el curso de la vida. 3.- Dos elementos con características comunes se confunden. Por ejemplo, el helado termina confundido y finalmente transformado en flores. Las flores en ella. 4.- La contradicción es posible en un mismo elemento. 5.- La relación con dos objetos se puede confundir. Tratar a un objeto como si fuera otro. Podemos inferir que la relación de opuestos se repita en otros contextos: relacionales, lógicos, afectivos y fantasmáticos. 7.- Todo texto terapéutico contiene infinitos otros textos e infinitas representaciones de texto, de lo cual se deduce que la función del texto no puede ser establecer una clase de silogismo sino establecer una *calidad de comunicación*.

Como el texto es una creación conjunta de sentido y significado paciente-terapeuta es posible describirlo como un juego de imágenes, donde se han cruzado las identificaciones proyectivas tanto del paciente como del terapeuta (Ferro 1997) (ver Figura 1). Este juego sucede en un *campo de transformaciones* en el cual participan: la sensación-percepción-emoción-fantasías-imágenes del paciente y la sensación-percepción-emoción-fantasías-imágenes del terapeuta (Figura 1) y donde son creadas y mutiladas las experiencias de encuentro terapéutico.

Ligar en las formas, ligar las formas es una actividad ¿innata o adquirida? Poicará postula que nacemos con la "capacidad de hacer geometría" y por lo tanto de crear formas como preceptos. Algo similar postula Chomsky con el lenguaje. Más autores se pliegan a pensar que la plasticidad cerebral se acomoda, adapta, a las estructuras culturales (Levi-Strauss 1962).

De la forma al texto, del precepto al fonema. Aparece el desplazamiento, el deslizamiento entre los niveles de distinción. En el cuadrángulo de la Figura 2 aparece un modelo para usar en terapia que permite hacer un juego de representaciones. El juego es al mundo real como el sistema simbólico al cuerpo. Si lo cruzamos, el mundo real es al cuerpo como el simbolismo al juego. Este cuadrángulo lógico nos permite estar en sesión haciendo las operaciones lógicas que nos permiten ir configurando otro texto que llamamos terapéutico por la apertura al campo perceptual que produce. La tera-

Figura 3
CONTINUIDAD ENTRE IMAGEN Y CUERPO



pia podrá instalar modos de mentalización, es decir, sumarse al conjunto de estrategias capaces de producir realidad.

El texto terapéutico de Isidora (Figura 3)

Este juego nos permite encontrarnos con formas que llamaremos:

1. La experiencia de Isidora: caer, adherirse, saborear, descartar, reparar, reconocer clases (colores)
2. Las ansiedades de Isidora: de derrumbe, de separación, de exclusión (o al menos de elección)
3. Las defensas de Isidora: formas de orden, reiteración, que podrían hacernos pensar en algo obsesivo

Un texto tiene tanto funciones de comunicar la experiencia, de defenderse contra esa misma experiencia y de mostrar las ansiedades que subyacen a dicha experiencia.

Esta información la podemos ordenar en:

Los **OBJETOS** de Isidora: blando, duro, helado, flor, palo, plasticina.

Las **PROPIEDADES O FUNCIONES** de Isidora: temperatura (helado, tibio) textura (suave, áspero); contacto (apegado/ despegado): plasticidad (moldeable/ rígido), gusto (sabroso, dulce), visual (coloreado, alineado, plano, redondeado), firmeza (duro/ blando)

Los **MOVIMIENTOS** de Isidora: moldear, separar, adherir, caer, reparar, descartar, elegir, nombrar

Simplificar de este modo nos remite a reconocer las formas y las metaformas, es decir, los fonemas preceptuales: blando, duro, rígido, moldeable, y otros fonemas motores, como caer, reparar, adherir.

Para construir un texto terapéutico nos interesa *nombrar lo innombrable* esto es ya una forma de reverie (Bion 1997). Un cierto olvido de la ligadura presentada en el texto hace legible al paciente en su verdad, por eso, volver al fonema permitiría reescribir el texto experiencial en conjunto con la paciente. Este sistema de condensaciones y ligaduras es dinámico, por lo tanto está en continuo movimiento, atrasado con respecto a nosotros. No hay propiedad, función o referencia fija. Nada está dado, a pesar de lo coherente que nos parecen las teorías cuando explican la realidad. Éstas, sin embargo, tratan de *orientaciones* que podemos elegir para seguir en contacto, para sostener la continuidad del encuentro, para retomarla cuando cae. El texto terapéutico crea, sostiene y modifica la experiencia al momento que se lee-escibe.

Estas formas lógicas discurren, como hemos descrito, a través de ciertos paradigmas: construir clases; suponer posibilidades probables; asociar conceptos aparentemente lejanos; centralizar hegemonícamente, para lo cual utilizamos oposiciones, asociaciones (Anzieu 1998), conjunciones, divisiones.

Lo simple nos remite a lo fundacional. Las formas de lo duro y lo blando nos recuerdan las primeras etapas de la construcción de la mente (Gomberoff 1992), los primeros modos de generar vivencias entre la percepción y la fantasía inconsciente. La base sensorial del *self*. Pre-simbólica, de impresiones, especialmente

en la piel y en las mucosas digestivas, área que será llamada posición autista-contigua (Tustin 1992). Para describir estas formas el terapeuta pone su propia cadena inconsciente de significados simbólicos a resonar con la vivencia inconsciente del paciente, pero de un modo menos intenso, menos conflictivo y no tan poderosamente escindido o reprimido (Ogden 1992). Desde allí podría escribirse-leerse el texto terapéutico de estas fantasías: “Me pego a algo sólido, pero a veces caigo”; “Me pego a algo sólido, pero a veces no me sostiene”; “Se pegan a mí y yo no consigo sostener”. Este texto, parte de otros textos, podría hacerse operativo al conectar elementos negados, portar relaciones y discriminar partes del cuerpo. Es decir, al distinguir e integrar afectos (miedo, ternura, agresión, perplejidad, incertidumbre) con aspectos sensoriales (duro, adherente, helado, dulce, colorido) estamos “formalizando” configuraciones de sentido en las zonas oscuras e ignotas del sensorio. Estos perceptos podrán transformarse en meta-configuraciones que organizarían el nivel anterior y enriquecerían, vincularían e integrarían nuevos elementos a la vivencia.

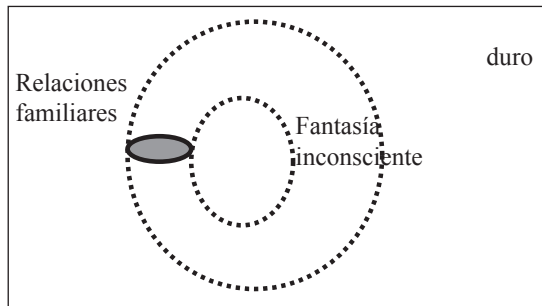
Un texto terapéutico operativo se construye en el proceso de:

1. *Formalización*: Distinguir las formas y crear con ellas imágenes, juegos, actos, textos escritos o verbales. En este caso, Isidora nos presenta un texto plástico donde el continente de dicho texto es una serie de helados y el contenido la temática que allí aparece como se ha descrito entre lo duro, moldeable y lo adherido caído, separado.
2. *Conexión*: Crear un re-texto que amplíe lo presentado por el paciente. Describir lo visto, entendido y experimentado por el terapeuta, conectar los diferentes campos. “Hay cosas que les cuesta quedarse en su lugar, por más que uno quiera, se caen”. Frases suficientemente abiertas donde diversas vivencias *más allá del juego* queden contenidas y desplegadas desde el lenguaje.
3. *Operacionalizar*: Ajustar y sintonizar en un modelo conjunto las formas creadas: ansiedades, defensas y experiencia vivida en sesión, puestas en verbos, sustantivos y adjetivos derivados del texto presentado a significación conjunta.

Este campo de novedad tendrá tanto puntos de constricción (pivotes de acuerdo) como de difusión (límites ambiguos que permitan el cambio, la transformación) y puntos de expansión (por donde la imagen pueda ser exagerada, ampliada hasta el absurdo). Intervenir es intervenir en el juego buscando soluciones

Figura 4

JUEGO DINÁMICO ENTRE OPOSICIONES SIGNIFICANTES
Construcción de objetos dialécticos



Hay dos círculos que se mantienen en relación dialéctica. El más interno son las fantasías inconscientes surgidas desde los perceptos corporales. El más externo son los modos de percibir las relaciones humanas. Se conforman dentro de estos movimientos “objetos” elementos que dan cuenta de esto. Ej: los helados de la paciente.

conjuntas para los temas propuestos. Por ejemplo el pegue/despegue activado en Isidora desde las experiencias que ha vivido hasta los niveles fisiológicos, el pelo tampoco se queda pegado donde debe. Isidora tiene una alopecia areata. También en ella lo que tiene que estar sujeto, cae.

En la Figura 4 vemos que hay dos círculos girando en estas construcciones de realidad conjunta. Uno es el que codifica la sensación corporal y otro el modo de percibir las relaciones humanas (madre, padre, amigos, terapeuta). Entre estas dos dimensiones hay cierta tensión, pues es aquí donde habita el criterio de realidad. El objeto metafórico es una coherencia que tiene existencia en el mundo real y que nos sirve de metáfora para exponer el mundo de la fantasía inconsciente. En este caso un objeto duro-moldeable podría ser el elemento elegido para expresar vivencias del organismo y a la vez la experiencia vincular recurrente con otro. El juego, al ser tratado como una metáfora (Andolfi 2003), es quien muestra la vivencia transformada en forma. Esta forma remite a una lógica de conexión que es lo simbólico. Este paso narrativo es parte de la mentalización, terapéutica si se realiza en sesión. Parafraseando a Bioy Casares (los paréntesis son agregados). ...“nuestros hábitos (*de ser*) suponen una manera de suceder las cosas, una vaga coherencia de mundo. Ahora (*que mentalizo esto en el campo transformacional de una terapia*) la realidad se me propone cambiada (*en cierto modo*), irreal” (Casares 1999).

CONCLUSIÓN

Se reflexiona desde un trazo de sesión el modo desde el cual es posible construir un texto terapéutico. El juego muestra el uso y la elección de objetos que podemos tratarlos como metafóricos. Entendemos que la operación metafórica en terapia es una operación lógica, que acepta la lógica del inconsciente, traída desde la experiencia corporal y que es la expresión del quehacer del terapeuta y del paciente dentro del campo de transformaciones común. La forma de la experiencia o el precepto serán enlazados en formas complejas, emociones y éstas transformadas en unidades cargadas de información como una imagen, para luego ser comunicadas a través del lenguaje, al grupo familiar. Estos sucesivos desplazamientos de ida y vuelta entre las plataformas de transformación nos permiten rescatar elementos para integrarlos de modo creativo y sanador en el texto terapéutico. Éste es sólo un punto en la construcción de la realidad familiar durante ciertos momentos de una primera sesión.

El trabajo terapéutico general consistió en trabajar los múltiples significados (Gengen 1996) del asir-soltar, apegarse-caer, movimientos que esta familia expresaba a través de la alopecia del más pequeño de sus miembros formalizado.

Comprender supone conectar sentido con acto. Los actos hacen de la Inter-acción un ritual de ajuste entre los miembros del grupo familiar. Este ajuste es fisiológico y por lo tanto un potente modificador del soma de cada individuo. Estas variaciones fisiológicas son finas regulaciones del organismo para adaptarse a los estados de los otros organismos. Modificar, por tanto, el sistema relacional es modificar el acuerdo de la regulación fisiológica conjunta y por lo tanto el tono de estrés con el cual esa familia se propone al desarrollo de sus miembros. Un síntoma psicósomático es la expresión de la desregulación y la salud la expresión de un concierto de convivencia armónico. La terapia modificaría los equilibrios

REFERENCIAS

1. Andolfi. *El coloquio relacional*. Paidós, Barcelona, 2003
2. Anzieu D. *El yo piel*. Biblioteca Nueva, Madrid, 1998
3. Baranger M y W. La situación analítica como campo dinámico. *Rev Uruguaya de Psicoanálisis* 1962, Tomo 4, Nº 1
4. Bion W. *La tabla y la cesura*. Gedisa, Barcelona, 1997
5. Bion, W. *Aprendiendo de la experiencia*. Paidós, B. Aires, 1952
6. Casares A. Bioy. *La Invención de Morel*. Emecé Editores, Buenos Aires, 1999
7. Casaula E. *Mente y conjuntos infinitos*. Ananké, Santiago, 1993
8. Debray R. *Vida y muerte de la imagen*. Editorial Paidós, Barcelona, 1998
9. Gergen K. *Realidades y relaciones*. Paidós, Barcelona, 1996
10. Gomberoff M, Pualuan L. *Dispositivos autistas en el duelo de niños pequeños*. Libro anual de psicoanálisis XVI, Editora Escuta, Sao Paulo, 2002
11. Ferro A. *Técnicas de psicoanálisis infantil Psicoanálisis*. Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, 1998
12. Ferro A. *Teoría e técnica nella supervisione psicoanalitica*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2000
13. Fonagy P. Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría. *Aperturas Psicoanalíticas*, 3 (Revista por Internet: www.aperturas.org). Paper to the *Developmental and Psychoanalytic Discussion Group, American Psychoanalytic Association Meeting*, Washington DC 13, May, 1999
14. Houzel. *Psicoanálisis*. Vol XV, N 12, AP de BA, 1993
15. Levi-Strauss C. *El pensamiento salvaje*. Fondo de Cultura Económica, México, 1962
16. Mac Dougall J. *Teatros del cuerpo*. Julián Yebenes, Madrid, 1995
17. Merleau-Ponty M. *La estructura del comportamiento*. Hachette, Buenos Aires, 953
18. Merleau-Ponty M. *Fenomenología de la percepción*. Planeta Agostini, Barcelona, 1993
19. Ogden T. *La frontera primaria de la experiencia humana*. Julián Yebenes, Madrid, 1992
20. Stern H. *La constelación maternal*. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1997
21. Tustin F. *Psicoterapia con niños que no pueden jugar. El cascarón protector en niños y adultos*. Amorrortu, Buenos Aires, 1992
22. Varela F. *El fenómeno de la vida*. Dolmen Ediciones, Santiago de Chile, 2000
23. Winnicott D. *La naturaleza humana*. Paidós, Buenos Aires, 1996
24. Zohar D. *La sociedad cuántica*. Plaza y Janés Editores, Barcelona, 1994

CONTROVERSIA

VIGENCIA DEL MODELO COMUNITARIO EN SALUD MENTAL: TEORÍA Y PRÁCTICA¹

(Rev GPU 2007; 3; 1: 88-96)

Manuel Desviat²

A Juan Marconi y Luis Weinstein, promotores de las experiencias de salud mental colectiva en el Chile de la Unidad Popular, responsables en buena parte de mi militancia comunitaria desde entonces.

Hay un dónde y hay un cómo para que podamos hablar de salud mental comunitaria. Un dónde y un cómo que determinaron el origen y el desarrollo de la salud mental comunitaria en los diferentes países, y que determinan hoy la vigencia y las tendencias futuras de este modelo; de esta forma de pensar y practicar la salud mental. Podríamos decir que la forma cómo una sociedad afronta la desviación y la locura define su talante moral, sus valores cívicos. La forma de atender a los pacientes más frágiles, más incapacitados es un indicador que mide la equidad de los sistemas sanitarios. Es por ello que el inicio de las reformas coincide en todos los países con momentos de mayor sensibilidad social. Son momentos históricos como sucedió en América Latina, en Chile, hace más de treinta años, durante el gobierno de la Unidad Popular, donde se dieron todas las condiciones para el desarrollo de la salud mental comunitaria.

¹ Entre el 23 y el 27 de octubre de 2006 se llevó a cabo en Santiago de Chile el IV TALLER INTERNACIONAL DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA COMUNITARIA, organizado por la Escuela de Salud Pública y MEDICHI, Programa de Educación a Distancia, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. En este Taller Internacional, parte de la IV Versión del Diploma de Postgrado en Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria, Semipresencial, de dicha Facultad, participó como Profesor Internacional el Dr. Manuel Desviat, uno de los líderes de la Reforma Psiquiátrica española, ex presidente de la AEN (Asociación Española de Neuropsiquiatría. Profesionales de la Salud Mental) y consultor internacional de la OMS.

A solicitud del Comité Académico de este Diploma, el Profesor Desviat ha actualizado el texto de su Conferencia de igual título, para ser publicada en *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*.

² Psiquiatra. Director Inst Psq Serv Salud Mental José Germain. Coordinador de Salud Mental Área 9 de la Comunidad de Madrid. mdesviat.ipjg@salud.madrid.org

Existía “la comunidad”, comunidades organizadas, con capacidad de *empowerment*; existía sensibilidad política frente a las desigualdades, un servicio nacional de salud, un Estado social; existía, fundamentalmente, una sociedad civil que quería apropiarse de su historia, de sus servicios esenciales, como la sanidad, como la atención a la salud, y un grupo de profesionales con el interés y la formación suficientes para llevar a cabo las reformas necesarias. Pues, en mi opinión, no hay psiquiatría comunitaria sin ciertas condiciones; hay unas exigencias para que podamos hablar de psiquiatría, de salud mental comunitaria, si entendemos la salud mental comunitaria como algo más que pasar consulta fuera de los hospitales psiquiátricos o de las unidades de psiquiatría de los hospitales generales; como algo más que una atención extra hospitalaria; y como algo más que unos programas para grupos marginales, experiencias piloto para poblaciones en riesgo, o una psiquiatría pública para pobres.

La salud mental comunitaria exige unos servicios públicos en el horizonte del estado del bienestar y una participación ciudadana que va más allá de la óptica del consumidor; una ciudadanía responsable que incorpora valores democráticos y responsabilidad compartida; alejada, sin duda, no sólo de las dictaduras sino también de las mayorías electorales artificiales, del desinterés electoral y político, que fundamentan el llamado “déficit democrático” que domina hoy en los países desarrollados.

LA REFORMA PSIQUIÁTRICA

En sentido estricto, la psiquiatría comunitaria surge en los pasados años sesenta en el contexto de la política desinstitucionalizadora de EE.UU., y se extiende por todo el mundo llegando a designar el modelo clínico asistencial de la Reforma Psiquiátrica; de los diferentes procesos que constituyen lo que hoy llamamos Reforma Psiquiátrica, desde la psiquiatría del sector francés a la reestructuración psiquiátrica en América Latina. Reforma psiquiátrica cuyos principios y objetivos se inscriben en el movimiento de transformaciones sociales, en el proceso de reordenación de las políticas sociales y económicas iniciadas tras la Segunda Guerra Mundial, cuando se busca combatir las desigualdades sociales y, por tanto, la legitimación de los gobiernos a través de la mejora de las prestaciones públicas. Hay un dónde, la fuerza renovadora de los movimientos sociales en los años sesenta y el auge de las nuevas orientaciones de la salud pública: la llamada Nueva Salud Pública, con su énfasis en la prevención; y el desarrollo de la Atención Primaria. La Organización Mundial de la Salud incita a

un cambio de estrategia: La responsabilidad de la sanidad pública ya no es sólo la reparación del daño o el control de las epidemias sino hacerse cargo del cuidado de la salud de la población, de la demanda que acude y de la que no acude. La medicina se piensa como rama de la salud pública; la psiquiatría como parte de la salud mental³. Hay un dónde y en la asistencia psiquiátrica un por qué: poderosas razones técnicas, la ineficacia, el fracaso como instrumento terapéutico del hospital psiquiátrico, del manicomio, y una razón ética, la necesaria restitución de la dignidad y sus derechos como personas a los pacientes mentales.

El cierre de los hospitales psiquiátricos y la creación de recursos alternativos en la comunidad se convierten pronto en el objetivo común de todos los procesos de reforma psiquiátrica; desinstitucionalización y consecuente encuentro con la comunidad que plantea, más allá del inicial ingenuo optimismo, la necesidad de desarrollar nuevas herramientas, desde la clínica a la prevención y a la rehabilitación. Lo que supone tres grandes desplazamientos que van a configurar el modelo comunitario: 1) Del sujeto enfermo a la comunidad; 2) Del hospital a los centros comunitarios; 3) Del psiquiatra al equipo. O en palabras de Jacques Hochmann, en su libro *Pour une psychiatrie communautaire* (Hochmann J, 1971), la difusión de tres poderes: del beneficio terapéutico, del espacio terapéutico y del poder terapéutico. Lo que supone:

1. La estrategia de intervención se traslada del sujeto enfermo a toda la población, incorporándose nuevos instrumentos, diagnóstico comunitario, estudios de la demanda, y nuevas nociones como población en riesgo, grupos vulnerables, intervención en crisis. Se busca la integración de los tres niveles clásicos de atención, en un proyecto te-

³ En 1974 el Informe Lalonde del gobierno de Canadá, con el que se configura la Nueva Salud Pública, señala que en lugar de gastar tanto en los aspectos asistenciales, la atención debe dirigirse hacia los factores que inciden en la aparición de las enfermedades crónicas. La conferencia de Alma Ata en 1978 constata que el aumento de los presupuestos sanitarios dirigidos a los capítulos asistenciales no se corresponde con una mejora de la salud, proponiendo trasladar el eje de la atención desde la asistencia hospitalaria a la atención primaria, preventiva y promotora de salud. La OMS propone como objetivo “Salud para todos en el año 2000”, un conjunto de medidas y recomendaciones encaminadas a la promoción de estilos de vida dirigidos a la salud, a la prevención de enfermedades evitables y al establecimiento de servicios sanitarios.

rapéutico único, bien definido por Gerald Caplan en *Principios de psiquiatría preventiva* (Caplan G, 1966).

2. En la ordenación de los servicios se pasa del servicio de psiquiatría a los servicios de salud mental. Algo más que un cambio de nombre, como bien dice Benedetto Saraceno (Saraceno B, 1999), significa una nueva formulación de las políticas asistenciales y el paso del abordaje biomédico al abordaje biomedicosocial⁴, con una mayor pluralidad y horizontalidad de los equipos; desplazamiento que lleva al reconocimiento de la importancia de la función de la comunidad, no sólo como usuaria sino como generadora de recursos que deben aliarse con los específicamente técnicos.

⁴ En los últimos números de Gaceta de Psiquiatría Universitaria se ha abierto un debate (Madariaga C, 2005; Villarino H, 2006; Villarino H, 2006; Gaete J, 2007) sobre la psiquiatría comunitaria. No podemos estar de acuerdo con el doctor Hernán Villarino, cuando en su respuesta a Carlos Madariaga y a Joaquín Gaete utiliza una supuesta inviabilidad *científica* del *modelo* biopsicosocial para plantear la insuficiencia teórico-práctica de la psiquiatría comunitaria. En primer lugar, es dudoso que la medicina, y por tanto, la psiquiatría, sea una ciencia, aunque utilice medios cuya eficacia sea garantizada cada vez más científicamente. Por último, no hay un modelo médico. Hay distintos modelos, y el problema es cuando alguno de ellos se erige en teoría-verdad, y pretende reconstruir todo el universo técnico-científico-filosófico desde sus propios fundamentos, sean biológicos, psicológicos o sociales. Además, la suma no hace el todo, y tener en consideración el conjunto de factores y enfoques que intervienen en un hecho no es intentar "comprenderlos a todos en una unidad". La psiquiatría comunitaria es una orientación de política sanitaria, una manera de entender la organización de los servicios, una estrategia entroncada con la salud pública, un marco cuyo enfoque biopsicosocial permite pensar la salud y la enfermedad, y su cuidado, sin reduccionismo, donde cabe la fenomenología, el psicoanálisis, la psiquiatría biológica... El debate sobre la viabilidad de lo comunitario debería remitirnos no al debate sobre la científicidad del modelo biopsicosocial sino a la viabilidad o no de lo comunitario como apuesta social. Y desde ahí podemos leer las teorías de Jürgen Habermas que cita Villarino sobre la eficacia comunicativa, como formas de las diferentes interpretaciones de base científica de ganar legitimidad en el contexto de la democracia deliberativa, comunitaria; como base de la ciudadanía y de la renovación civil que hoy constituyen la participación colectiva, sin la cual no hay auténtica actividad comunitaria (pero sí puede haber modelo biopsicosocial).

3. Al reconocimiento de los derechos de los pacientes, de su autonomía y su necesaria participación en el proceso de atención, su necesaria contribución para garantizar la adecuación de los tratamientos en el proceso de planificación y programación⁵.
4. Supone la necesidad de crear redes complejas con recursos formales e informales, que garanticen la *continuidad de cuidados*. Continuidad de cuidados que constituye un elemento clave de la atención comunitaria, tanto en los países donde la cobertura universal se desgrana en diferentes agencias o administraciones, como por ejemplo en Canadá, como en los que existe un servicio único.
5. Supone la necesidad de una programación flexible y pertinente, los pacientes cambian en los largos procesos que suponen con frecuencia los trastornos mentales, mientras los proyectos terapéuticos se mantienen, muchas veces, inmutables; los procesos cambian y exigen un amplio menú de acciones terapéuticas y de apoyo comunitario, que abarquen desde la urgencia a la vivienda supervisada o el trabajo protegido.
6. Las técnicas utilizadas por un programa sanitario pueden haber demostrado su utilidad en su lugar, en un contexto, en unas personas, y hasta en un momento de la enfermedad de estas personas y no en otras. Hace falta una adecuación que suele suponer un cambio de orientación de los servicios y, siempre, la puesta en común de los distintos actores del hecho sanitario, de los distintos poderes y espacios: del planificador, del gestor, de la comunidad donde se desarrolla el programa, y del propio usuario⁶.

⁵ Actuando de modo que se salve, al menos en parte, la asimetría existente, esa omnipotente relación de agencia, que permite que las personas que recurren a los servicios de salud mental sean consideradas, como escribe Judi Camberlin, del National Empowerment Center (Lawrence, MA EEUU <http://www.power2u.org> (OPAS/OMS, 2001), receptores pasivos e incapaces de articular sus necesidades y deseos particulares, que son decididos por los expertos).

⁶ Si nos fijamos de nuevo en el proceso de planificación, vemos que se inicia por un análisis de la situación, por una identificación de las necesidades; de las necesidades sentidas expresadas por la población (demanda) y de las necesidades expresadas por los técnicos (normativa), que están condicionadas por el nivel cultural y la oferta de servicios. Pero sobre todo, sabemos, que estas estimaciones en programas de salud mental tienen que ir acompañadas de la apreciación del conjunto de necesida-

7. La psiquiatría comunitaria supone pasar de la curación al cuidado y a la rehabilitación, cuyo objetivo último es conseguir la mayor autonomía para los pacientes con trastornos graves y persistente en un medio lo más normalizado posible. Surge el desarrollo de conceptos como empoderamiento (*empowerment*), resiliencia y recuperación (*recovery*).

La psiquiatría comunitaria representa algo más que un cambio de técnicas; implica nuevas actitudes en el qué hacer cotidiano de las profesiones sanitarias y, por supuesto, una planificación y ordenación de los sistemas públicos que la posibiliten. Implica un modelo de salud pública que trascienda la mera asistencia clínica, centrada en el enfermo como asiento individual de patología, para proyectarse en la comunidad tratando de producir cambios positivos en sus instituciones: colegios, empresas, asociaciones ciudadanas, y en la comunidad misma, a fin de modificar los factores que predisponen a la enfermedad y posibilitar más bienestar o al menos la información necesaria para una vida más saludable. Conlleva una discriminación positiva que prioriza los grupos de riesgo y la atención al paciente grave y al paciente psicótico crónico, sin abandonar por ello el resto de trastornos, desde la atención a esos síntomas mínimos persistentes, patologías del existir, a los trastornos de la personalidad. Se pretende la prevención y promoción de la salud integrada con la prevención secundaria y la rehabilitación.

Una estrategia que, además de reorientar la sanidad del primer mundo, puede facilitar el desarrollo de los sistemas sanitarios de los países en vías de desarrollo y de baja renta, superando los sistemas de salud benéficos o de seguros sociales sin el coste elevado de la medicina basada en los complejos hospitalarios y las prestaciones médicas individualizadas. Estos son, a mi entender, algunos de los principios fundamentales que han inspirado la atención comunitaria desde sus orígenes hace ya más de medio siglo, configurando el modelo de atención de la reforma psiquiátrica, una estrategia que supone una nueva forma de organizar

los servicios, un modelo asistencial y un nuevo paradigma teórico que integra una clínica del hombre para el hombre, en una dimensión integradora, pública, donde se rompen las dicotomías individual/social, biológico/psicológico. Pero que ha sucedido en el desarrollo de este modelo ¿Qué con la reforma psiquiátrica? ¿Dónde estamos? ¿Hacia donde se prevé que vamos? ¿Cuál es su futuro en un universo donde fallan los pilares fundamentales que la sostienen: un Estado social y un modelo sanitario orientado por la Salud Pública, por la nueva salud pública? ¿Qué implicaciones tiene para la psiquiatría comunitaria el envite de la Medicina Basada en la Evidencia o las nuevas formas de gestión? Tiene vigencia el debate: ¿Psiquiatría biológica, psiquiatría comunitaria? ¿Métodos cuantitativos versus métodos cualitativos? ¿Hasta dónde es un falso debate? O lo que es más importante, ¿cómo repercuten estos modelos en la práctica, en la organización de los servicios y en el hacer de los profesionales? ¿qué modelos de atención son más eficientes?, ¿cuáles se acercan más a las necesidades de la población?

La primera respuesta seguramente se encuentra en el devenir de la comunidad, en qué entendemos hoy por comunidad, pues el discurso psiquiátrico se configuró en torno a una hipótesis terapéutica: el aislamiento del paciente de su entorno, en centros especiales, los manicomios, permitiría su tratamiento y curación o mejoría; la reforma psiquiátrica da un vuelco a la razón de los alienistas y considera la comunidad como el espacio normalizador, mientras el manicomio perpetúa y agrava con la cronicidad institucional la patología de los pacientes mentales. La nueva cronicidad que surge con la desinstitucionalización exigirá una revisión de los planteamientos y obligará a desarrollar los programas de atención a la cronicidad; lo que da lugar a la rehabilitación psiquiátrica.

El problema está en que con frecuencia hay “ausencia de la comunidad” en las prácticas que se consideran comunitarias, pues para que exista “comunidad”, entendida como un territorio, con su población, recursos y demandas, es preciso que el entramado poblacional pueda participar, tenga acceso a las decisiones y capacidad para involucrarse. Es preciso que la comunidad se convierta en sujeto sociológico que gestiona o participa activamente en la administración de aspectos fundamentales de las necesidades colectivas, atenta a la potenciación de su capacidad, de su *empowerment* (que viene a significar en nuestra lengua el traspaso a los ciudadanos, grupos, organizaciones y comunidades, del poder y la capacidad de tomar decisiones que afectan a sus vidas). Una definición que queda muy lejos de la capacidad de las experiencias comunitarias, aun

des sociales y de salud general Con especial relevancia la diversidad de la población: lengua, cultura, religión, a la hora de garantizar el acceso y el tratamiento apropiado. No se puede ignorar que los pueblos, las regiones y los grupos sociales tienen sus propios valores asociados con la salud mental, con los trastornos mentales. Su propia representación de la enfermedad mental y de las instituciones que la atienden.

de las más avanzadas, y que no ha despertado grandes reflexiones en la literatura psiquiátrica.

La exigencia de apoderamiento de la salud por parte de la comunidad viene de la mano de los movimientos de usuarios y familiares en todo el mundo. Movimientos de autoayuda, de soporte mutuo, de defensa de los derechos que reclaman desde posiciones más o menos integradas en los servicios de salud (usuarios) o radicalmente críticas (“ex psiquiatrizados” o “supervivientes”) la capacidad de intervenir en las decisiones que afectan a sus vidas. Movimientos como la poderosa Alianza Nacional para el Enfermo mental (NAMI), fundada en 1979 (en Madison, Wisconsin), que en el año 2000 tenía más de 1.000 filiales en EE.UU. con 220.000 miembros en 50 Estados; que busca cubrir la ausencia de recursos públicos de este país; al amplio movimiento ciudadano de Brasil que está forjando nuevas y creativas formas de salud mental colectiva⁷.

El problema está, de una parte, en no idealizar tampoco a la comunidad, no sobrevalorar sus posibilidades, como se hizo en los primeros años de la reforma psiquiátrica: cuando se pensó que abrir las puertas de los hospitales psiquiátricos, llevar a los pacientes a la comunidad supondría el fin de la cronicidad. Hay que tener en cuenta los límites y la situación de la comunidad que a veces se convierte, como señalaba Juan Marconi, en el principal retraso (Marconi TJ, 1973). Marco Marchioni, uno de los autores que mejor ha estudiado la acción comunitaria, como muchas veces los tres protagonistas de la actividad comunitaria: los administradores, que gobiernan *para* la comunidad, no con la comunidad; los técnicos *en* sus despachos, desconociendo otra actividad que no sea la atención individual; y la población que *delega* y no participa colectivamente, y cuando lo hace esta participación tiene la mayoría de las veces un carácter reaccionario (Marchioni M, 1999) (la exclusión de alguien, perjuicios...)

Por otra parte, sobre todo en los países más desarrollados, hay un declinar del sentido “comunitarista”; de los valores globales, de los derechos colectivos, y una proliferación de comunidades diversas. Existe el riesgo de confundir identidad con grupo separado: viejos, homosexuales, negros, mujeres, enfermos mentales, y dentro de éstos por patologías: bipolares, esquizofrénicos, límites, levantando vallas, fronteras que sólo sirven para fragmentar la sociedad.

LA CUESTIÓN DE LA CLÍNICA

La segunda cuestión está en la clínica, en la asistencia, en la teoría que sustenta el quehacer psiquiátrico comunitario: ¿cual es la situación hoy del debate técnico? La reforma psiquiátrica se hizo en la urgencia del cierre de los manicomios; en este proceso aprendimos a tratar de forma eficaz la cronicidad psicótica, surgió la rehabilitación y creamos redes de recursos en la comunidad. Hoy, en los lugares donde la reforma cerró e hizo perder su hegemonía al hospital psiquiátrico, la atención psiquiátrica tiene otros desafíos; queda por desarrollar una clínica más comunitaria, desprendida del lastre manicomial; una clínica del hombre para el hombre, clínica basada en la autonomía del paciente que aúne la experticia con la autonomía del sujeto tratado. Hoy tenemos que hacer frente a la reducción de la clínica, a la pérdida de la psicopatología en aras de una dudosa eficacia, de un saber instrumental, que ignora la esencia de las cosas; a una simplificación teórica que bajo la apariencia científica de encontrar un lenguaje común globalizado, ¿en beneficio de quién?, está suponiendo, como en otros ámbitos de la ciencia y la cultura, una vuelta a la aldea, una reducción provinciana del conocimiento. El problema no es la psiquiatría biológica ni la psiquiatría basada en la evidencia. El problema es que siendo necesario el abordaje biológico para entender ciertos mecanismos, se vuelve nefasto cuando se erige en teoría, cuando pretende reconstruir todo el universo de los saberes humanos y sociales desde sus fundamentos biológicos. La confrontación naturaleza *versus* crianza, hechos frente a valores, resulta irrelevante. No hay datos sin interpretación ni problema psicopatológico sin referencia al deseo. Tan importante es la genealogía de los genes como la genealogía cultural y mítica que se transmite con el barrio donde se habita, con la familia de la que se desciende. La clínica y la terapéutica no son sino una regulación adaptativa, dialéctica, que, ante cada caso, logra conciliar el carácter individual y singular del paciente con los conocimientos y habilidades del terapeuta. Una *praxis* cuyo saber teórico es incierto exige una continua confrontación con la realidad del paciente, histórica, social, orgánica, psicológica, y en ningún caso puede encasillarse en un prontuario, sea cual sea el algoritmo que lo sustente.

La pretensión de la psiquiatría biológica de hacerse con la verdad científica, de ahí su envite con la MBE, sería irrelevante, como he dicho, si no fuera por sus repercusiones asistenciales, por llevar pareja una psiquiatría que amparada en las neurociencias hace

⁷ Sobre el movimiento de usuarios ver los trabajos de Eduardo Vasconcelos (Mourao Vasconcelos E, 2003).

desaparecer al paciente en cuanto sujeto: el delirio será una falla neurofisiológica, poco importa su contenido. Por llevar pareja la vuelta a una psiquiatría tradicional, neuropsiquiátrica, que relega la salud mental, y por tanto lo comunitario, al campo de lo social. No es tanto la consistencia de la psiquiatría biológica, ni de su evidencia científica, lo que justifica su auge desde los años 1990 del pasado siglo; como factores de orden económico, he ahí el peso de la empresa farmacéutica, y de cambios en la política de los Estados, y en la demanda de las poblaciones.

En realidad, es muy posible, como en su día anunciaron los ideólogos de la Medicina Basada en la Evidencia, que exista una crisis de la medicina, y por tanto de la psiquiatría, unas técnicas en perpetua búsqueda de un paradigma científico, un paradigma kuhniano. Pero como señala el *Libro Blanco de la psiquiatría francesa* (Fédération Française de Psychiatrie, 2003) nos encontraríamos con una crisis no de la psiquiatría comunitaria sino de la psiquiatría. Lo que está en cuestión para los psiquiatras galos (la Federación que edita el libro agrupa prácticamente todas las asociaciones francesas de salud mental), es la supervivencia misma de la psiquiatría estrangulada por un reductor positivismo médico, que reduce la enfermedad mental a las ciencias moleculares del cerebro, las nuevas formas de gestión obnubiladas por los costes, y una demanda proteica, en los países ricos, en unas sociedades que han patologizado la vida cotidiana, psiquiatrizando el malestar. Un crecimiento de demanda que se hace ver también en las sociedades en vías de desarrollo, allí donde aumenta la oferta de servicios y la conciencia de su uso por parte de la población.

Esta demanda, y la delimitación de la oferta pública, la llamada "cesta de la compra sanitaria"; constituyen uno de los temas más importantes a debate en Europa, en todos los países que han alcanzado la universalidad de la asistencia. Hace ahora diez años, en 1996, el *Boletín del Consejo Regional Europeo de la Federación Mundial de Salud Mental* (Henderson J., 1996), entonces entidad asesora de la Comisión Europea, recogía en un editorial la preocupación existente por definir el campo de actuación, las demandas que debían ser atendidas por la psiquiatría pública ("El modelo de atención de salud mental comunitaria ha tenido –decía, textualmente– un impacto negativo sobre la práctica psiquiátrica, desviando medios de los tratamientos y cuidados de los enfermos mentales graves hacia las personas que sufren "problemas de la existencia"), haciéndose eco de las voces que solicitaban una separación de la psiquiatría y la salud mental, relegando a ésta en manos de psicólogos, asistentes sociales.

Preocupación que no sólo responde a las opiniones de una psiquiatría conservadora sino que pone de relieve hechos que no habían previsto en los primeros planteamientos de la reforma psiquiátrica, de la psiquiatría comunitaria:

1. En primer lugar, el impacto que tendrían los llamados trastornos mentales comunes (Mata Ruiz I, 2006) o síntomas mínimos persistentes, que llegan a representar en los centros comunitarios de salud mental, en estudios de 2004 (Retolaza A, 2004) en España, el 70% de las consultas.
2. En los planteamientos iniciales de la reforma se pensó que la demanda de salud mental disminuiría o cambiaría al mejorar las condiciones de vida de las personas gracias a las mejoras sociales del desarrollo democrático y las políticas de bienestar y, en segundo lugar, por la mejor atención en Atención Primaria que asumiría parte del sufrimiento psicológico, y un mejor funcionamiento de la promoción y de la prevención de la salud a través de los sistemas públicos de salud.
3. En tercer lugar, los cambios políticos, la llamada globalización económica, impulsando recortes en las prestaciones sociales. "La sociedad no existe", llega a decir Margaret Thatcher" o en palabras de George Kennan, uno de los arquitectos del neoliberal consenso de Washington: "Hay que dejar de hablar de objetivos vagos e irreales, como los derechos humanos, el aumento de los niveles de vida y la democratización (...), aunque estos eslóganes queden bien, y de hecho sean obligatorios, en el discurso político" (Chomsky N, 2000; Guze SB, 1989).

Afirmaciones que no dejan de ser una *boutade*, provocaciones que podrían ser tan irrelevantes como cuando Guze exclama: psiquiatría biológica... ¿pero puede haber otra? (Guze SB, 1989; Desviat M, 2002), si no fuera porque responden a un cambio en la política asistencial. No es un debate inocente. El pragmatismo que domina la psiquiatría desde los años 1990 del pasado siglo, reduciéndola a un universo biológico desprovisto de valores, se corresponde con el predominio neoliberal, con la política insolidaria de la globalización, frente a las ideas más sociales, antropológicas y psicopatológicas de la psiquiatría comunitaria que se construyó en el horizonte del Estado de Bienestar. El debate hay que dimensionarlo en un contexto sanitario global, en el que señorean las ideas privatizadoras del Banco Mundial, el mito de la competencia y el mercado interno como regulador y dinamizador del sistema sa-

nitario, el enfermar como un asunto de responsabilidad individual, la omnipotencia de la psicofarmacología, y el desplazamiento a la biología y a la genética de fracturas éticas y sociales de la organización política de la sociedad. Esta afirmación queda clara si examinamos rápidamente la evolución de la psiquiatría comunitaria y su situación en la actualidad a través de su evolución en algunos países.

Uno de los extremos lo representa la consideración que hoy tiene la psiquiatría comunitaria en EE.UU., en cuanto representante de un sistema altamente desarrollado, o *non-system*, en el decir de Milton Terris, liberal, privatizado, donde priman la competencia y el mercado. Evolución que queda fielmente reflejada en la última edición de un libro tan emblemático de la psiquiatría estadounidense, y de predicamento mundial, como es la *Sinopsis de Kaplan & Sadock* (1998). La psiquiatría comunitaria viene bajo el epígrafe Psiquiatría Pública, términos a los que hace sinónimos. Y el concepto de psiquiatría pública se refiere al tratamiento de los enfermos mentales en la comunidad bajo el amparo público: es decir, de los pobres. Tarea irresoluble se plantea por falta de fondos. Quedan lejos el espíritu del Acta Kennedy, en tiempos de los programas de Guerra a la pobreza (*War on Poverty* y *Great Society*), y de los Centros de Salud Mental Comunitaria⁸.

En el polo opuesto, el Ministerio de Salud y Servicios Sociales de Québec asume en 1997 la psiquiatría comunitaria como doctrina de Estado: "Las personas

que padecen trastornos mentales graves y persistentes vivirán en la comunidad y ahí serán atendidas". Compromiso que explicita en documento gubernamental, de orientaciones para la transformación de los servicios de salud mental y servicios sociales, adjuntando las medidas y un calendario para llevar a cabo estas orientaciones: que expresan la voluntad política de la mejor forma, a través de los presupuestos:

"1) En el 2002 el 60% del presupuesto público de salud mental será destinado a servicios en la comunidad y el 40% a hospitalización. Tienen prioridad los servicios de Acceso a alojamiento y necesidades de subsistencia, posibilidad de intervención en crisis a tiempo completo; el mantenimiento del tratamiento en la comunidad; la rehabilitación; las actividades de soporte a las familias y a los próximos. Cada autoridad regional deberá establecer un plan para integrar a la población internada en el medio (en la comunidad) que más le convenga" (Lecomte Y, 1997)

Además, la política del Ministerio quebequense instituye la presencia de usuarios al consejo de administración de cada hospital u otro tipo de organizaciones públicas, y la existencia de "un mediador en asuntos de interés público" (*ombudsperson*) al interior de cada hospital.

La gran trascendencia de esta política del gobierno de Québec está en que se desarrolla en el mismo sistema económico que EE.UU., y demuestra, como señala Carlos Madariaga (Madariaga C, 2005), que es económicamente posible sostener una asistencia de calidad, con un coste-beneficio adecuado, en un momento en que buena parte de los países del primer mundo occidental se están replanteando las prestaciones públicas y ensayando formas de gestión que están haciendo retroceder los logros del Estado del Bienestar.

En este mismo extremo, en el lado comunitario, se sitúa Brasil, donde está en marcha desde comienzo de los años 1990 del pasado siglo un amplio proceso de reforma psiquiátrica, reflejo y desarrollo de ese acto inaugural de la reestructuración psiquiátrica en América Latina que fue la Declaración de Caracas, de las iniciativas de reestructuración psiquiátrica que desde la OPS impulsó I Levav; iniciativa que vengo acompañando desde entonces. Un amplio proceso, impulsado por la Coordinación de Salud Mental del Ministerio de Sanidad, que ha establecido un entramado legal que desplaza el presupuesto hospitalario a recursos en la comunidad, que privilegia la *Volta a casa*, utilizando ese término tan acertado para los programas de desinstitucionalización. Me interesa destacar de este proceso:

⁸ En EE.UU., tras la etapa Kennedy, los programas continuaron débilmente con Lyndon Johnson, y fueron suprimidos en el viraje conservador de los pasados años 1970. La prevención derivó hacia programas de ayuda individual para el desarrollo de habilidades y superación de *estresores* ambientales, asociaciones, métodos, libros de autoayuda en un mercado de la salud donde ésta se convierte en un bien de acceso individual. No se debe olvidar que aun en los primeros años de los CSMC se dedicó a la prevención menos del 5% de los presupuestos de los centros comunitarios, a pesar de estar contemplada en ley como uno de los servicios prioritarios, y que la visión primigenia que concebía los programas federales de servicios sociales como vehículos para producir el cambio social fue pronto abandonada. Tampoco está de más recordar que la Ley de 1963 de creación de los Centros de Salud Mental Comunitaria hubo de ser previamente diluida, en base a los compromisos políticos necesarios para su aprobación, debido a la oposición de la Asociación Médica Americana, que creyó socavaba el modelo de práctica privada y de los sindicatos de los hospitales psiquiátricos por miedo a la pérdida de sus puestos de trabajo.

- a) La preocupación por garantizar los derechos de los pacientes en las instituciones psiquiátricas (prohibición de habitaciones de aislamiento, intimidación, correspondencia, visitas...) estableciendo efectivas medidas de penalización económica, y de desacreditación de los Hospitales que no los respeten, controladas por una Comisión de Evaluación formada por profesionales, usuarios y familiares.
- b) La preocupación por la técnica, por los desarrollos técnicos de la clínica, la rehabilitación, la planificación, la evaluación.
- c) Se da en el contexto de una ideología social progresista que ve en la alineación social, en la explotación y en las formas adversas de vida el marco de la alineación individual, sin reducir lo social a psicopatología ni viceversa.
- d) La inclusión de la sociedad civil en el proceso. El debate de la Ley Federal y de las leyes estatales reflejó el amplio debate que se producía en la sociedad civil (el cierre de los hospitales psiquiátricos y la psiquiatría alternativa se contempla en leyes estatales desde 1992 y por una Ley Federal en 1993).

Un amplio debate entre profesionales, usuarios y gestores a través de conferencias de salud mental a nivel municipal y estatal que confluyen en las multitudinarias Conferencias Nacionales de Salud, donde se ha forjado y mantenido el consenso de la reforma durante estos años. Un consenso técnico y un consenso social: que difícilmente podía eludir el poder político. La importancia de Brasil está en la fusión de una cultura técnica, de una cultura de la reforma enriquecida por todas las experiencias previas, por sus logros y sus errores y por el empoderamiento de la sociedad civil de la salud mental. En Brasil hay comunidad, hay sociedad civil organizada en torno a la salud mental. Se cumplen las tres condiciones que posibilitan una reforma de la asistencia psiquiátrica: una demanda social, la voluntad política y un equipo de profesionales preparado, que ha forjado un amplio consenso técnico, para llevarla a cabo. Un empoderamiento social organizado y un grupo de técnicos que han hecho sostenible el proceso de reforma, respetando sus principios fundamentales, a lo largo de todos estos años, fueran cuales fueran los gobiernos de la nación y de los estados; un hecho probablemente hasta ahora inédito (Desviat M, 1999).

Respecto a Europa, como ya he señalado, al referirme al debate técnico, hay una crisis del modelo comunitario, un retroceso hacia posiciones más hospitalarias y tradicionales, en el marco de una crisis general de la psiquiatría y los profesionales de la salud mental en general. Creo que, en parte, se debe a los factores

antes apuntados de cambio social y al aumento de los factores adversos, pero también está el agotamiento del modelo, el agotamiento de la reforma y del modelo comunitario, después de casi medio siglo de andadura, en algunos países. El problema, en los países donde la reforma ha cumplido sus primeros objetivos desinstitucionalizadores, aunque queden rémoras importantes, aunque sea tremendamente desigual por países y hasta por regiones, está en redefinir nuevas estrategias en una sociedad que ha cambiado, donde las nuevas tecnologías están cambiando vertiginosamente y estructuralmente el empleo, donde la población ha envejecido y el imaginario social se torna cada vez más conservador, emergiendo con fuerza la xenofobia, donde aumentan las bolsas de exclusión social, y la cultura colectiva es sustituida por un nosotros que termina reduciéndose a la pareja, al nosotros que dice Rorty (Rorty R, 1998), o a la persona sola.

Sin duda, interponer límites a la competitividad, hacer frente a lo inevitable de un ajuste económico que sacrifique la solidaridad social, es una empresa que va más allá de la psiquiatría, de los oficios de lo psíquico como tales; pero sí es nuestra competencia reajustar las estrategias, redefinir de nuevo el modelo comunitario adecuándolo a la movilidad de la sociedad, a la complejidad de las redes sociales y la comunicación; adecuándolo a las nuevas tecnologías o, mejor dicho, incorporando éstas al discurso comunitario. En estos momentos de utilitarismo importa reivindicar la palabra y la propia consideración de bienestar del paciente. Decía hace ya tiempo Leon Eisenberg que la tecnología estaba ampliando la diferencia entre lo que los enfermos buscan y lo que los médicos ofrecen; los enfermos tienen sufrimientos, entendidos como experiencias de los cambios en el estado del bienestar y funcionamiento social, mientras que los médicos diagnostican y tratan enfermedades (Eisenberg L, 1981; Eisenberg L, 1997). Y sin embargo debiera ser tan importante conocer qué tipo de paciente tiene la enfermedad como qué tipo de enfermedad tiene el paciente. O con otras palabras (Ronald Laing), que podíamos conocer todo hacer de la esquizofrenia, sin entender a un solo esquizofrénico (Laing R.D., 1971).

EL FUTURO DE LA PSIQUIATRÍA Y LA SALUD MENTAL

En realidad, el futuro de la psiquiatría no se juega en la confrontación psiquiatría biológica, psiquiatría biopsicosocial, se juega en el modelo de atención, en modular una oferta de servicios en función de las necesidades de la sociedad y en los límites de una práctica

que debe recuperar una psicopatología que dé cuenta del por qué y del devenir de las enfermedades mentales, que sirva para definir su campo de competencia, su finalidad terapéutica, preventiva, rehabilitadora, su método y su método, tanto neuropsicofarmacológico como psicológico, biológico o social. El debate ya no es psiquiatría biológica-psiquiatría comunitaria sino modelo positivista médico frente a un modelo orientado por la salud pública.

Últimamente arrecian las críticas a la definición de la salud de la OMS: la salud como bienestar físico, psíquico y social, en cuanto, se dice, plantea no la salud posible si no la cuestión de la dicha, de la felicidad. Una definición utópica que responde a un momento histórico, tras la barbarie de una guerra mundial, donde los supervivientes creyeron que podían diseñar una sociedad mejor para todos, donde todos los hombres cupieran. Attali explica la utopía como la intención de modelar la imagen de la sociedad a partir de un ideal ético, de cierta concepción de la justicia, de la felicidad, de la eficacia, de la responsabilidad (Attali J, 2000). Al fin y al cabo, la utopía trata, como afirma Sam Spade, el detective de Dashiell Hammett (Hammett D, 1994), en el *Halcón maltés*, cuando le preguntan de qué está hecha la estatuilla del ave de presa: "de la materia de los sueños". Y un sueño, dice una canción latinoamericana, que se sueña juntos es una realidad.

REFERENCIAS

- Hochmann J. *Pour une psychiatrie communautaire*. Du Seuil, París, 1971
- Caplan G. *Principios de psiquiatría preventiva*. Paidós, Buenos Aires, 1966
- Saraceno B. *Libertando identidades*. TeCorá, Río de Janeiro, 1999
- Madariaga C. Psiquiatría comunitaria: apuntes para una conceptualización. *Gaceta Universitaria* 2005; 1(3):307-312
- Villarino H. Psiquiatría comunitaria o razón comunicativa. *Rev GU* 2006; 2(4):482-491
- Villarino H. La psiquiatría comunitaria: otra conceptualización. *Rev GU* 2006; 2(1):47-54
- Gaete J. La salud mental comunitaria en búsqueda de sentido: nueva conceptualización crítica de la psiquiatría comunitaria. *Rev GU* 2007; 2(3):273-276
- OPAS/OMS. *Rélatório sobre a saúde no mundo 2001. Saúde mental: Nova Concepção; Nova Esperanza*. OPAS/OMS, Brasília, 2001
- Mourao Vasconcelos E. *O poder que brota da dor e da opressão. Empowerment, sua história, teorias e estratégias*. Paulus, Sao Paulo, 2003
- Marconi T J. La revolución cultural chilena en programas de salud mental. *Acta Psiquiatr Psicol Amér Lat* 1973; 19:17-33
- Marchioni M. *Comunidad, participación y desarrollo*. Ed Popular, Madrid, 1999
- Fédération Française de Psychiatrie. *Livre blanc de la psychiatrie*. JL Jhon Libbeey Eurotext, Paris, 2003
- Henderson J. Editorial. La sanité mental en Europe. *Bulletin du CREFMSM*, 1996; 12
- Mata Ruiz I, Ortiz Lobo A. Evolución de la atención a las demandas y trastornos mentales comunes. In: Pérez F, editor. *Dos décadas tras la reforma psiquiátrica*. AEN, Madrid, 2006, p. 298-325
- Retolaza A. ¿Salud mental o psiquiatría?: entre la atención primaria y el estigma del manicomio. *Norte de Salud Mental* 2004; 19:49-57
- Chomsky N. *El beneficio es lo que cuenta*. Crítica, Barcelona, 2000
- Guze SB. Biological Psychiatry: is there any other kind? *Psychological Medicine* 1989; 19 (2):315-323
- Desviat M. Psiquiatría y evidencia. In: Baca E, Lázaro J. *Hechos y valores en psiquiatría*. Triacastela, Madrid, 2002
- Kaplan HI and Sadock BJ. *Sinopsis de psiquiatría*. Panamericana, Madrid, 1999
- Lecomte Y. De la dynamique des politiques de désinstitutionalisation au Québec 1997, 12(2):7-24
- Desviat M. *A reforma psiquiátrica*. Fiocruz, Río de Janeiro, 1999
- Rorty R. Pragmatismo y política. En: *Pensamiento Contemporáneo*, Barcelona, 1998
- Eisenberg L. Clinical social science. Is medical practice impede by "too much science"? In: Eisenberg L & Kleinmann A, editor. *The relevance of social science for medicine*. Reidel Publishing Company, Holland, 1981
- Eisenberg L. Disease and illness. Distinctions between professional and popular ideas of sickness. *Cult Med Psychiatry* 1997; 1:9-23
- Laing R.D. *Experiencia y alienación en la vida contemporánea*. Paidós, Buenos Aires, 1971
- Attali J. *Fraternidades*. Paidós, Buenos Aires, 2000
- Hammett D. *El halcón maltés*. Obras completas, Debate, Madrid, 1994

TEORÍA

FENOMENOLOGÍA PSICOANALÍTICA Y TRAUMA TEMPRANO EN LA PERVERSIÓN. UN ENFOQUE BI-LÓGICO INTEGRADO

(Rev GPU 2007; 3; 1: 97-103)

Juan Pablo Jiménez¹

La situación analítica puede ser descrita como un campo intersubjetivo donde cada participante es definido por el otro. El contacto bicorporal trasciende al contacto entre las mentes. Esta comunión mental se expresa en la idea de “mismo mundo”, al que también pertenece la materialidad de la existencia, apropiada en su referencia esencial al ser humano, a “nuestro mundo”. La pertenencia al mismo mundo, a “nuestro mundo”, determina el polo simétrico del campo intersubjetivo. Pero el acuerdo intersubjetivo tiene también un polo funcional, asimétrico, definido por los respectivos roles de analista y de paciente. La polaridad simetría-asimetría es dinámica y cambiante de acuerdo con las vicisitudes conscientes e inconscientes de ambos participantes. Baranger *et al.* (1983) definieron el *baluarte* como aquella situación en que se pierde la asimetría básica del pacto analítico y la situación interpersonal pasa a ser estructurada por vinculaciones inconscientes simétricas, donde analista y paciente entran en inadvertida complicidad en contra del proceso analítico.

Para progresar, el proceso psicoanalítico depende de la funcionalidad de sus aspectos asimétricos puesto que si la interpretación de las similitudes (simetrías) facilita el establecimiento y desarrollo de las transferencias, la interpretación de las diferencias (asimetrías) posibilita la resolución de las transferencias y, con ello, la cura (Fink 1989).

La colusión perversa es paradigmática de la situación de complicidad inconsciente en contra del trabajo analítico. El análisis de un perverso se es-

tructura de manera tal que el proceso cursa precisamente a través del levantamiento de los baluartes: *en un primer momento, la colusión perversa es inevitable*. Sólo una segunda escucha hace posible la salida del entrampamiento.

Una idea similar ha planteado Ogden (1996 p.1122, footnote, italics in original): “The perverse intersubjective constructions generated in the course of the analysis of perversion are, in my experience, inaccessible to the analyst’s conscious awareness as they are unfolding...

¹ Departamento de Psiquiatría Oriente, Universidad de Chile.

The analyst must in a sense come to understand the perverse transference-countertransference 'after the fact', i.e., in the course of his doing the psychological work required to become aware of his own *unconscious* experience of and participation in the perverse transference-countertransference."

PERVERSIÓN E INTERSUBJETIVIDAD

Desde Freud (1927e), la estructura perversa ha sido caracterizada por ciertas notas como la escisión del yo, la negación o desmentida de la castración y por la negación o desmentida de la realidad (en especial, de las diferencias de sexo y entre las generaciones). Sugiero que

Las notas metapsicológicas que se suponen a la estructura perversa son la traducción en la teoría de lo que en la mente del analista aparece inmediata y experiencialmente como una particular dificultad en el establecimiento y mantención del acuerdo intersubjetivo básico que sustenta la relación psicoanalítica. Esta dificultad no depende en última instancia de problemas contratransferenciales no resueltos por parte del analista (aun cuando éstos pueden estar presentes), sino que constituye el rasgo característico y esencial del tipo de relaciones intersubjetivas que el paciente perverso establece.

Coloquémonos por un instante en el punto de vista de la subjetividad del analista. Al intentar poner su mente en contacto con la mente del paciente perverso, el analista terminará, una y otra vez, atrapado en una relación dual: por un lado, el perverso funciona en el mismo mundo que el analista: ambos conversan entre sí, comparten, trabajan en conjunto. Por otra parte, simultáneamente el perverso parece vivir en un universo idiosincrásico, en una seudo-realidad, en un mundo ilusorio donde no existen las experiencias de castración ni tampoco la vivencia de diferencias entre los seres humanos, donde, en definitiva, no existe la diversidad de realidades que hacen que el mundo de que hablamos sea precisamente un mundo humano. Este otro mundo, más bien un seudo-mundo, se muestra inaccesible experiencialmente para el prójimo, y es lo que aparece en la mente del analista como el secreto que el perverso parece guardar celosamente.

La empatía se actualiza a través del "ponerse en el lugar del otro". En este ejercicio de identificación y de diferenciación nos imaginamos, junto a nuestros pacientes, situaciones cotidianas en que miramos el mundo

"a través de sus ojos". Con los pacientes perversos esto sucede de la misma manera, hasta que, con sorpresa, caemos en la cuenta que, frente a la situación específica en cuestión, el paciente no está en la misma perspectiva nuestra, precisamente no comparte este "pedazo de mundo" con nosotros.

Cito un párrafo de un trabajo de Ruth Riesenber-Malcom. Al hablar de su paciente, dice: "She was not forthcoming about her reasons for seeking analysis, but said she had been advised to come by a friend of the family. Her principal complains were the total lack of friends and an intense involvement with the animals. When speaking about her animals, though she gave details about her riding, there was something *evasive and secretive* in her speech. *I remember thinking about a possible perversion, though I inferred it more from her tone and nuances than from facts explicitly narrated.* She expressed a strong desire to be 'like other people'; and she repeated this several times in a way that conveyed considerable despair." (1994, p.1033; my italics).

Es habitual que la perversión se anuncie, por así decirlo, atmosféricamente, "por el tono y los matices". Así, no entra directamente en el campo intersubjetivo; queda "colgando", como cuerpo extraño, en la subjetividad del analista. Aun cuando éste conozca desde el comienzo las características de los actos o fantasías perversas de su paciente, no podrá captar de antemano como éstos "tiñen" la atmósfera de la relación. Una vez que la atmósfera perversa esté suficientemente identificada, el trabajo analítico consistirá, precisamente, en acercarse al núcleo perverso desde su periferia, desde las experiencias vitales originarias que sí comparten analista y paciente. En la breve viñeta del tratamiento realizado por Riesenber-Malcolm, reproducido más arriba, el eje "esperanza-desesperación" resultó ser lo que permitió la construcción de un puente intersubjetivo entre analista y paciente. La paciente fue capaz de comunicar su ferviente deseo de "to be like other people", deseo con el cual la analista pudo empatizar refiriéndolo a sus propias experiencias —en realidad experiencias universales— de desesperación por el aislamiento.

Con todo, la persistencia del baluarte perverso va más allá de lo que las formulaciones en términos de mecanismos de defensa primitivos pueden describir, pues ésta llega hasta la transgresión subrepticia de las reglas de la lógica que constituyen la trama de nuestra relación cotidiana con la realidad, tanto interna como externa. Parece más cercano a la verdad decir que el perverso nos muestra una realidad donde ésta no existe. En esto reside el engaño.

En términos de la bilógica de Matte Blanco (Rayner 1995), el mecanismo básico de la perversión es la simetrización.

Desde la perspectiva de una bilógica de la intersubjetividad, ahí donde el analista espera un juicio asimétrico, se revela, sorpresivamente y *ex post factum*, que el paciente ha consumado un juicio simétrico. Es decir, donde debía haber una diferencia, resulta, a posteriori, que el perverso había *sobreentendido* (es decir, asumiendo *olímpicamente* compartir el mismo juicio con su analista) una igualdad.

A lo largo de muchos meses de análisis de Matías (Jiménez 1993) –un paciente fetichista voyerista–, y por distintos indicios que entregaba en sus comunicaciones y por algunas fallas lógicas y malentendidos que yo percibía en el diálogo, me fui dando cuenta que Matías estaba casi delirantemente convencido de que yo podía ver su rostro y su mímica mientras él yacía recostado en el diván. Esta idea me inquietó porque no lograba entender qué sentido podría tener ese tipo de desmentida de la realidad del espacio perceptivo entre ambos. Esto fue tomando fuerza en mí hasta que se lo planteé derechamente, comunicándole cuál era la visión que yo tenía de él desde mi asiento: sólo le veía el pelo y parte de la frente, pero no el rostro. Matías replicó que no me creía y que efectivamente yo podía ver su rostro desde la posición en que estaba sentado, detrás del diván. Para mi extrañeza, durante varias sesiones insistió en su planteamiento, agregando que, además, cada vez que yo le decía algo, él era capaz de imaginarse perfectamente la expresión de mi rostro. En ese momento comprendí que la desmentida estaba al servicio de la negación de la asimetría conmigo en la relación analítica, lo que me permitió formular la interpretación de que la posición decúbito era tan degradante para él, que simplemente la borraba con la convicción de que seguíamos frente a frente, como en las primeras entrevistas. Después de esta interpretación Matías pareció corregir la percepción desmentida y pudimos hablar sobre el conflicto entre omnipotencia e impotencia, en el que de regla se sentía atrapado cuando establecía cualquier relación.

Desde luego, yo sabía desde las entrevistas iniciales que Matías padecía de una perversión manifiesta. Desde el comienzo de su análisis yo estaba alerta, y también expectante, tratando de averiguar cómo se haría presente la perversión en nuestra relación. El episodio que acabo de relatar, relativamente temprano en el proceso, me tomó totalmente por sorpresa, y me

enseñó que la alteración que significa la perversión es mucho más profunda que lo nunca imaginado por mí, pues atañe a las condiciones mismas de comunicación intersubjetiva, trasgrediendo ciertas reglas lógicas implícitas que son condición de posibilidad del diálogo entre los seres humanos. Estrictamente hablando, sin embargo, en este caso la trasgresión de la lógica (bivalente, “aristotélica”) no es otra cosa que la irrupción de una “antilógica”, la lógica simétrica (Rayner 1995 p.54).

Matías trabajaba exitosamente en una rama de la ingeniería que tenía mucho que ver con el manejo del espacio y, sin embargo, parecía no poder compartir conmigo un juicio sobre el espacio imaginario que nos separaba. Mi interpretación de la desmentida buscó reconducir el síntoma al campo intersubjetivo, a la experiencia de degradación e impotencia, vivencias que pertenecen al mundo cotidiano de todo ser humano.

Revisando la literatura, he encontrado que el fenómeno perverso que he descrito aparece sólo en aquellos relatos clínicos que se centran en la contratransferencia. Por ejemplo, Chasseget-Smirgel (1992) al tratar de describir sus primeras experiencias en el análisis de Rose Sélavy, plantea así sus dificultades: “*The gap between the way her mind and mine functioned ... was so great that a faithful account of the sessions could have been possible only through the use of a tape recorder. This meant that I had to translate a phrase of hers into my own language and logical categories. I had little success at this, and I was incapable of memorizing in parallel the strange distortions which dotted her speech. To remember them, I would have had to succeed in identifying myself totally with her mental processes. The fact that we spoke two different languages ... was obvious to me and caused me real counter-transference suffering*” (p.132; énfasis mío).

Una situación semejante reseña Etchegoyen en el análisis de una mujer homosexual. Enfrentado con la dificultad de llegar a un consenso, señala: “*Sus afirmaciones rotundas y contradictorias me provocaban desconcierto e intranquilidad. Cuando quería reducirlas interpretando sus obvias contradicciones, tropezaba con una resistencia irreductible, a veces acompañada de la afirmación de que le estaba imponiendo mis ideas*” (2002 p. 87; énfasis mío). En un estado avanzado del tratamiento, la paciente misma reconoce la existencia de *otra lógica*, cuando afirma: “*Creo que hay un plano en el que mi pensamiento se rige por leyes que no conozco. De alguna manera estoy tratando que ese pensamiento desconocido hable y se exprese...*” (p.99).

Hay una cierta tendencia en la literatura a atribuir este fenómeno a una “necesidad de distorsionar y de

engañar” del perverso (por ej. Maldonado 2002). Al respecto, pienso que, más que intencional, la obstinación con la que nos encontramos en el análisis de la perversión es simplemente “el reflejo de un estado de ánimo en el que la realidad es aceptada y negada de forma simultánea” (Steiner 1997 p. 156). Como lo muestra la paciente de Etchegoyen, el perverso al mismo tiempo sabe y no sabe que se mueve simultáneamente entre dos lógicas. Lo característico de la estructura perversa es precisamente la capacidad de mantenerse reconciliado con ambas actitudes frente a la realidad, es decir, frente a ambas lógicas.

En términos de Matte-Blanco, la estructura perversa es una estructura bilógica, caracterizada por una simetrización entre una lógica bivalente y otra simétrica. En la perversión se manifiesta, por así decirlo, una doble simetrización: La mente perversa no reconoce la inconmensurabilidad y contradicción entre ambas lógicas (en la mente del paciente coexiste la lógica bivalente con la simétrica y ambas están, por así decirlo, contenidas en un “envoltorio” de lógica simétrica)

Es bien sabido que la atmósfera perversa está impregnada de excitación. En un comienzo, y en su afán por identificarse con su paciente, en la fantasía del analista suele crearse una atmósfera llena de suspenso y de misterio, en el aire flotan promesas de inagotables goces ocultos. Sin embargo, en la medida del desarrollo del proceso, la inquietud y la desazón van infiltrando la erotización de manera cada vez más manifiesta, hasta que el analista reacciona distanciándose y entendiendo la erotización como otro aspecto más, inconmensurable, de la estructura perversa.

Durante el tratamiento de Matías había periodos de intensa erotización en los que el discurso de Matías estaba plagado de alusiones que despertaban en mí fantasías sexuales variadas y polimorfos. Sin embargo, de regla llegaba el momento en que mi excitación se enfriaba como bajo una ducha fría. No podía empatizar con su complicada manera de masturbarse, frente a un espejo, atando fuertemente con un cordel su pene erecto y el tórax a la altura de los pechos, de manera de formar un abultamiento sobre el cual colocaba un sostén, que debía haber sido previamente robado en el vecindario. Tal espectáculo me producía más bien extrañeza y compasión.

Resumiendo, se puede decir que la perversión aparece en la mente del analista como una trasgresión subrepticia y sorpresiva del acuerdo básico que hace posible y estructura el encuentro intersubjetivo, llegando

hasta la alteración de las reglas de la lógica aristotélica. Al entrar en contacto con la realidad psíquica del perverso, en la mente del analista se configura un mundo cuya atmósfera se tiñe engañosamente de una erotización que tarde o temprano cobra cualidades de extrañeza. El núcleo perverso queda, como falsa realidad, colgando en el aire como una experiencia inconmensurable, y por ello inaccesible a la empatía del analista. La única manera de alcanzarlo es desde su “periferia”, indirectamente, tratando de reconducirlo hasta sus raíces intersubjetivas.

PERVERSIÓN Y SISTEMAS MOTIVACIONALES

Partiendo de una reformulación de los conceptos de impulso (*Trieb*) y afecto, que integra ideas prestadas de la etología y de la investigación moderna sobre desarrollo y relación madre-bebé, Krause busca definir las características de la estructura perversa. La definición de impulso que presenta no está basada en las zonas erógenas sino en la noción de instinto y de “principio genital”. A su vez, instinto y principio genital son definidos como el marco organizacional jerarquizado “mudo” de la conducta, que comprende los siguientes elementos: motivación, apetencia y acción terminal. En este contexto, los afectos se entienden como deseos que el sujeto puede expresar en relación con el objeto. Así, considera los afectos como pertenecientes al campo de la apetencia. Como resultado de esto, se concluye que

Las estructuras perversas son “combinaciones imposibles” de afectos y apetencias, por un lado, y acción terminal, por el otro.

Ejemplos de tales combinaciones imposibles son rabia y voluptuosidad (*Lust*), miedo y voluptuosidad, o asco y voluptuosidad. Krause lo explica así:

“La rabia, como afecto, pertenece al sistema motivacional de regulación de la autonomía. Por eso, la rabia, con la estructura proposicional ‘tú, objeto, desaparece, yo, sujeto, permanezco’, normalmente no es compatible con las acciones sexuales, porque el objeto es rechazado. Entonces, mientras la rabia no sea contrapesada por otro afecto, no se puede lograr el acercamiento al objeto. Bajo las condiciones de un subgrupo de perversiones, que Stoller describió como la forma erótica del odio, la relación entre afecto e impulso se invierte. La apetencia rabia se constituye en requisito para cualquier acción sexual. Entonces tenemos el caso de combinación entre rabia y voluptuosidad. De acuerdo con la gravedad de la patología, esta combinación

puede suceder en un contexto de juego erótico o *debe* ser escenificada en el mundo real. La acción sexual está ahora al servicio de la regulación de la autonomía y del aseguramiento del dominio y del poder... Lo mismo vale para la relación entre angustia y conducta sexual. En las condiciones perversas la angustia puede convertirse en requisito para las sensaciones sexuales, las que, sin embargo, en virtud de la estructura motivacional que le es propia, dejan de ser sexuales, para pasar a estar al servicio del aseguramiento de la integridad del sí mismo" (Krause 1993 p.192s).

La combinación entre asco y goce sexual, propia de ciertas perversiones, Krause la explica recurriendo a un segundo sistema motivacional, el vínculo: "Para que se produzca una vivencia realmente erótica y sexual es imprescindible un vínculo seguro, porque la empatía para la vivencia del otro representa la condición previa para la disolución de los límites yo-tú en el orgasmo. Normalmente, el afecto asco es absolutamente inhibitorio para este tipo de sistema motivacional porque tiene una estructura proposicional ('tú, objeto, ¿fuera de mí!'), de acuerdo con la cual un objeto dañino, localizado en el dominio del sistema del sí mismo, es catapultado fuera del sujeto... Un grupo de perversiones graves se caracteriza por el interés en la relación con un objeto que normalmente produce asco masivo y donde el asco así producido es condición para la acción sexual" (p.193).

Volvamos ahora a considerar la fenomenología del vínculo perverso, según se despliega en la relación analítica. Como dijimos, el analista se dispone a empatizar con su paciente. Precisamente, en ese proceso partimos del supuesto de que compartimos el mismo mundo con el paciente. La sorpresa que describí se produce cuando nos topamos con alguna de estas "combinaciones imposibles" que nos impiden comprender, "desde el lugar del otro"; la relación entre el deseo voluptuoso y la rabia, la angustia o el asco, según sea el caso. En ese momento la sintonía emocional se rompe, como un espejismo de comprensión que súbitamente desaparece, para dar lugar a lo ajeno, a lo incomprensible. Parafraseando a Krause, podemos decir entonces que

la identificación empática del analista con el núcleo perverso de su paciente es una "combinación imposible".

Tales combinaciones imposibles que pervierten los niveles básicos de la relación "natural" con nuestro cuerpo, es decir, con nosotros mismos, y con los demás, son en realidad "simetrizaciones imposibles".

En relación con el origen de tal "antilógica," Rayner (1995 p.54; italics in original) plantea que "many consistent abusers, especially if they ritualize it, go to lengths to *excite* themselves and their child victims by systematic *perversion of normal logical forms*. For example, the abuser will often initiate the child into a sort of secret language or code, full of innuendo, which is exciting just because it flouts everyday verbal-logical usage. Thus the child may be thought that when the abusing adult uses the word 'nasty' it means 'nice', and viceversa; 'good' equals 'bad'; 'bum' equals 'mouth'; 'willy' (penis) means 'tongue'; 'fanny' (vagina) equals 'bum' and so on. The child is being tempted into symmetrizations which are remarkably exciting." Rayner concluye –haciendo alusión al núcleo fenomenológico que hemos descrito como específico de la estructura perversa–, planteando que "*it is strange for most of us when we hear that this simple flouting of logicolinguistic rules has such potential for excitement.*" (p.54; my italics)

PSICOGÉNESIS DE LA PERVERSIÓN

Con todo, una explicación psicoanalítica no es completa si no incluye consideraciones psicológico evolutivas, es decir, si no aclara las condiciones de su origen psicogenético. Las teorías metapsicológicas no dicen mucho acerca de la psicogénesis de las perversiones. Stoller (1975) planteó que la esencia de la perversión es la conversión del "trauma infantil en triunfo adulto". Así, los pacientes son impulsados en sus fantasías por el deseo compulsivo de vengar los traumas infantiles de humillación causados por los padres. El método perverso de venganza es deshumanizar y humillar a la pareja a través de la fantasía o el acto perverso. La actividad perversa también puede entenderse como una huida de las relaciones personales (Mitchell 1988). Los perversos no han completado la separación o individuación de los representantes intrapsíquicos de sus madres. Como consecuencia, en su identidad como personas separadas se sienten constantemente amenazadas de fusión o engullimiento con personas externas o sus representantes intrapsíquicos. La sexualidad perversa sería entonces el terreno en el que afirmarían su independencia, como un desafío a la influencia de un imago materno despótico. Esto explicaría el alivio que sienten los perversos inmediatamente después que han realizado el acto perverso, por el sentimiento de triunfo sobre la madre interna controladora. Desde el punto de vista de Kohut (1971, 1977), la actividad perversa es un intento desesperado por restaurar la integridad y cohesión del sí mismo en la ausencia de respuestas empáti-

cas de los demás. La fantasía o actividad sexual puede ayudar al paciente a sentirse vivo e intacto frente a una amenaza de abandono o separación. La conducta perversa durante el curso de un psicoanálisis puede así ser una reacción a fallas en la empatía del terapeuta, conduciendo a disrupciones temporales de la matriz indiferenciada establecida entre paciente y terapeuta.

Según Welldon (1993), el origen de las perversiones hay que entenderlo en el contexto de una relación madre-hijo perversa, de una madre que abusa de sus hijos como si éstos fueran parte o prolongaciones del propio cuerpo.

La relación de Matías con su madre era enormemente ambivalente. Por un lado decía odiarla, por intrusa y dominante. Por el otro, decía que con su madre se entendían sin mediar palabras, se sentía extremadamente cercano a ella, decía conocerla tan bien como se conocía él mismo. De profesión modista, su madre solía vestirlo cuando pequeño con ropa de niña para mostrar los diseños a sus clientas. Describía a una madre que adivinaba sus deseos, intenciones y fantasías más íntimas y que usaba este conocimiento para dominarlo y someterlo. Desde luego, él afirmaba conocerla también hasta en su intimidad. Así, se configuraba una relación simbiótica entre madre e hijo; de hecho, él no podía imaginarse la vida sin ella. La figura del padre, en cambio, era mucho más borrosa. Lo describía como una persona muy poco comunicativa y esquizoide, que cada vez que se enojaba –y era muy irritable– guardaba silencio total y se retiraba del lugar. Matías lo vivía distante y ausente. Nunca había recibido algún consejo de él, nunca habían tenido contacto físico o realizado juntos una actividad deportiva o algún juego. En su relato, los 2 hermanos mayores apenas aparecían. Mi impresión era que madre e hijo formaban casi un solo ser, en torno al cual orbitaba un padre débil y desdibujado.

Para Welldon (1993 p.91), “la oportunidad que brinda la maternidad de tener el completo control de una situación crea un caldo de cultivo idóneo para que algunas mujeres que han sufrido experiencias perjudiciales o traumáticas exploten y abusen de sus hijos. Así se constituyen las madres de los niños maltratados, de los transexuales, y –sobre todo– de los hombres pervertidos sexuales”. De acuerdo con esta autora, las madres que despliegan tendencias perversas hacia su prole lo hacen durante los dos primeros años de vida de los hijos. Las tendencias perversas maternas incluyen la falta de reconocimiento del género del bebé, la trasgresión de los límites impuestos por el tabú del incesto, la seducción y sobreestimulación inadecuada de los genitales. Todas estas tendencias son un fuerte

freno para la individuación del pequeño o pequeña y promueven la formación de relaciones de objeto simbióticas altamente ambivalentes, por la considerable humillación e injuria narcisista que infligen en el niño.

EL TRAUMA TEMPRANO

Krause plantea que las combinaciones imposibles entre afectos, apetencias y acciones terminales son usadas por los pacientes para proteger y preservar su identidad. Estos procesos de reparación y aseguramiento de la identidad se logran a través de la sexualización de la imagen corporal. La construcción de la imagen corporal como un ladrillo en la formación de la identidad está empotrada en las relaciones de objeto. De acuerdo con la *social referencing theory* (Emde 1989), el bebé percibe el mundo objetal, y con él también su propio cuerpo, conforme al afecto mostrado por los otros significativos. Si, por ejemplo, la región genital despierta asco en la cuidadora adulta, entonces el “manoseo” y la sobreestimulación cotidiana de esta región se acompañarán y señalarán por el afecto asco. Las investigaciones de Krause han demostrado que tales fenómenos expresivos son en gran medida incontrolables, inconscientes y muy frecuentes.

En condiciones de una relación madre-bebé patológica, se ponen en movimiento procesos de condicionamiento que conducen a que la estimulación de la región genital de la imagen corporal termine bajo el dominio de estructuras proposicionales que normalmente le son ajenas, por ejemplo, del asco.

La excitación pulsional se ve así sobremodulada por la relación de objeto. Desde un punto de vista subjetivo, tal situación conduce a que la muy protegida región genital sea “desacoplada” del esquema corporal. Como muchos autores han señalado, el fetiche es un tipo patológico de “objeto transicional” cuya función es la de empastar ese “hueco” (Greenacre 1969; Morgenthaler 1984). La posterior angustia por la pérdida de los genitales (angustia de castración) cae entonces sobre una imagen corporal que en esta zona ya muestra un vacío sensorial.

La afirmación de Ogden de que actualmente es ampliamente aceptado que el análisis de la perversión no consiste tanto en la decodificación e interpretación de fantasías, ansiedades o defensas inconscientes, actuadas y representadas en la actividad sexual perversa, sino, mucho más, en la comprensión e interpretación de los fenómenos transferenciales, es consistente con las ideas expuestas más arriba, pues:

Los aprendizajes patológicos que desacoplan la sexualidad de sus fines “naturales”, conduciendo a combinaciones imposibles (perversiones), están inscritos en la memoria implícita, no declarativa y por lo tanto en un nivel no simbólico.

El acceso a tales esquemas “corporalizados” es sólo parcialmente posible, precisamente a través de un trabajo terapéutico centrado en los aspectos no verbales del vínculo, esto es, a partir de la comprensión y análisis de la contratransferencia (Fonagy 1999, Leuzinger-Bohleber 2002).

El mundo objetal perverso, donde la pareja parental y, con ello, la sexualidad, es sentida como vacía, no generativa y engañosa, hay que entenderlo entonces como un epifenómeno cuyo origen más temprano hay que buscarlo en la subversión violenta –inducida por madres patológicas– de los impulsos sexuales que, de este modo, son bloqueados en su acción terminal “natural”, y puestos al servicio de otros sistemas motivacionales

REFERENCIAS

1. Baranger M, Baranger W, Mom J (1983) Process and non-process in analytic work. *Int. J. Psychoanal.*, 64:1-15
2. Chasseget-Smirgel J. (1992) A clinical account: Rose Sélavy. En: *Creativity and Perversion*. London: FAB, pp.131-145
3. Emde RN (1989) The infance relationship experience: Developmental and affective aspects. In AJ Sameroff, RN Emde (eds) *Relationship disturbances in early childhood*. Basic Books, New York, pp. 33-51
4. Etchegoyen RH. (2002) Perversión de transferencia. Aspectos teóricos y clínico. En: RJ Moguillansky (comp.) *Escritos clínicos sobre perversiones y adicciones*. Buenos Aires: Lumen. Pp. 73-110. También en L Grinberg (comp.) *Prácticas psicoanalíticas comparadas en las psicosis*. Paidós, Buenos Aires, 1977 pp. 58-83
5. Fink K (1989) From symmetry to asymmetry. *Int. J. Psychoanal.* 70: 481-488
6. Fonagy P (1999) Guest editorial: Memory and therapeutic action. *Int J Psychoanal* 80: 215-223
7. Freud S (1927e) Fetichism. *SE* 21:147-157
8. Greenacre Ph (1969) The fetish and transitional object. *Psychoanal Study Child* 24: 144-164
9. Jiménez JP (1993) A fundamental dilemma of psychoanalytic technique: Reflections on the analysis of a perverse paranoid patient. *Int J Psychoanal*, 74:487-504
10. Kohut H (1971) *The analysis of the self*. New York: International University Press
11. Kohut H (1977) *The restoration of the self*. New York: International University Press
12. Krause R (1993) Über das Verhältnis von Trieb und Affekt am Beispiel des perversen Aktes. *Forum der Psychoanalyse* 9: 187-197
13. Leuzinger-Bohleber M & Pfeifer R (2002) Remembering a depressive primary object. *Int.J.Psycho-Anal.* 83: 3-33
14. Maldonado JL. (2002) Sobre la necesidad de distorsionar y de engañar en estructuras perversas. En: RJ. Moguillansky (compilador) *Escritos clínicos sobre perversiones y adicciones*. Buenos Aires: Lumen. Pp. 115-137
15. Mitchell S. (1988) *Relational concepts in psychoanalysis: An integration*. Cambridge MA, London: Harvard University Press
16. Morgenthaler F (1984) *Homosexualität, Heterosexualität, Perversion*. Frankfurtam: Qumram
17. OgdenTH (1996) The perverse subject of analysis. *J.Amer.Psychoanal.Assn.* 44(4): 1121-1146
18. Rayner E (1995) *Unconscious Logic. An introduction to Matte Blanco's Bilogic and its uses*. London New York: Routledge
19. Riesenberg-Malcom R (1994) Conceptualisation of clinical facts in the analytic process. *Int. J. Psycho-Anal.* 75:1031-1040
20. Steiner J. (1997) *Refugios psíquicos. Organizaciones patológicas en pacientes psicóticos, neuróticos y fronterizos*. Madrid: Biblioteca Nueva
21. Stoller R (1975) *Perversion*. New York: Pantheon
22. Welldon EV (1993) *Madre, virgen, puta. Idealización y denigración de la maternidad*. Madrid: Siglo XXI

GACETA DE PSIQUIATRÍA UNIVERSITARIA

CUPÓN DE SUSCRIPCIÓN GRATUITA

Si Ud. aún no se ha inscrito y/o desea inscribir a otro Médico Psiquiatra o Becado de Psiquiatría a la "GACETA DE PSIQUIATRÍA UNIVERSITARIA", por favor envíenos los siguientes datos:

Nombre _____

Apellidos _____

Dirección _____
(donde desea le llegue la suscripción)

Comuna _____ **Ciudad** _____

Dirección consulta _____

e-mail _____ **C.I.** _____

Teléfonos consulta _____ **Celular** _____

Envíe este cupón a una de las siguientes opciones:

- C&C Ediciones
Pedro de Valdivia 3474 / 3-B
Ñuñoa - Santiago, Chile
- Fax: (56-2) 269 7517
- E-mail: cyc@consultoriaycapacitacion.cl

GACETA DE PSIQUIATRÍA UNIVERSITARIA

CUPÓN DE SUSCRIPCIÓN GRATUITA

Si Ud. aún no se ha inscrito y/o desea inscribir a otro Médico Psiquiatra o Becado de Psiquiatría a la "GACETA DE PSIQUIATRÍA UNIVERSITARIA", por favor envíenos los siguientes datos:

Nombre _____

Apellidos _____

Dirección _____
(donde desea le llegue la suscripción)

Comuna _____ **Ciudad** _____

Dirección consulta _____

e-mail _____ **C.I.** _____

Teléfonos consulta _____ **Celular** _____

Envíe este cupón a una de las siguientes opciones:

- C&C Ediciones
Pedro de Valdivia 3474 / 3-B
Ñuñoa - Santiago, Chile
- Fax: (56-2) 269 7517
- E-mail: cyc@consultoriaycapacitacion.cl