



UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE MEDICINA

Revisiones · Investigación · Teoría

GACETA DE  
PSIQUIATRÍA  
UNIVERSITARIA

TEMAS Y CONTROVERSIAS

AÑO 3, VOLUMEN 3, Nº 2 JUNIO DE 2007

[www.gacetauniversitaria.cl](http://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](mailto: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](mailto:cyc@consultoriaycapacitacion.cl)

Revisión · Investigación · Teoría

GACETA DE

# PSIQUIATRÍA UNIVERSITARIA

TEMAS Y CONTROVERSIAS

## DIRECTOR ACADÉMICO

Dr. Juan Pablo Jiménez de la Jara

## SECRETARIA ACADÉMICA

Ps. Anneliese Dörr

## EDITOR GENERAL

Dr. César Ojeda

## SUB-EDITORES

Dra. Patricia Cordella. Dr. Alberto Botto

## CUERPO EDITORIAL

Dr. Alberto Minoletti, Dr. Alejandro Gómez, Dr. Andrés Estuardo, Dr. Arturo Roizblat, Dr. Benjamín Vicente, Dr. César Carvajal, Dr. Claudio Fullerton, Dr. Enrique Jadresic, Dr. Eugenio Olea, Dr. Félix Bacigalupo, Dr. Francisco Bustamante, Dr. Francisco Espejo, Dr. Francisco Huneeus, Dr. Guillermo de la Parra, Dr. Hernán Silva, Dr. Jorge Cabrera, Dr. Juan Fco. Jordán, Dr. Juan Fco. Labra, Dr. Luis Tapia, Dr. Mario Vidal, Dr. Niels Biedermann, Dr. Pablo Salinas, Dr. Pedro Retamal, Dr. Policarpo Rebolledo, Dr. Ramón Florenzanno, Dr. Fernando Ivanovic-Zuvic, Dr. Jaime Landa, Dra. Fabiola Leiva, Dra. Graciela Rojas, Dra. Grisel Orellana, Dra. Julia Acuña, Dra. Lina Ortiz, Dra. Marta del Río, Dra. Susana Cubillos, Ps. André Sassenfeld, Ps. María Luz Bascuñán, Soc. Nina Horwitz

[www.gacetauniversitaria.cl](http://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](mailto: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.

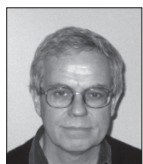
Miembro Titular Asociación Psicoanalítica Chilena y Asociación Psicoanalítica Internacional. Profesor Titular de Psiquiatría, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y Jefe de Servicio de Psiquiatría, Hospital del Salvador. Profesor Titular de Psiquiatría, Facultad de Medicina Universidad de 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 Magister 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.

Miembro 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](http://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.

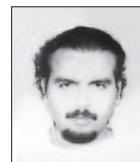


**GRACIELA ROJAS**

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

---

## 113 EDITORIAL

113 LA INTERSUBJETIVIDAD  
*César Ojeda*

## 117 ESCRÍBANOS

## 120 NUEVOS PSIQUIATRAS

## 121 BREVES

## 122 RESONANCIAS NUCLEARES

## 124 ACADÉMICAS

## 130 COMENTARIO DE LIBROS

130 JOHN SEARLE: LA MENTE, LA CONCIENCIA Y EL CEREBRO  
**La Mente. Una breve introducción**  
Autor: John R. Searle  
Grupo Editorial Norma, Bogotá, 2006, 381 pp.  
*Comentarista: Félix Cova*

132 PSIQUIATRÍA CLÍNICA EN LA UNIDAD DE CORTA ESTADÍA  
Autor: Mario Vidal C.  
Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía,  
Santiago de Chile, 2006, 129 pp.  
*Comentarista: Patricio Olivos*

134 EN BÚSQUEDA DE LA MEMORIA  
**In Search of Memory**  
Autor: Eric Kandel  
W.W. Norton & Company, New York, 2006, 510 pp.  
*Comentarista: César Ojeda*

## 137 CATÁLOGO DE LIBROS COMENTADOS EN GPU

## 139 ENTREVISTA DE GACETA DE PSIQUIATRÍA UNIVERSITARIA

139 LOS DESAFÍOS DE LA PSIQUIATRÍA ACTUAL: JUAN ENRIQUE  
MEZZICH, PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN MUNDIAL DE  
PSIQUIATRÍA

## 142 ENSAYO

142 LAS VÍAS DEL AMOR  
*Susana Cubillos*

148 ANTE LA LEY: A PROPÓSITO DE LA RELACIÓN DEL NEURÓTICO  
OBSESIVO CON LA LEY Y SU RELACIÓN CON EL DESEO  
*Niklas Bornhauser*

## 156 INVESTIGACIÓN

156 DESEMPLEO Y SUICIDIO EN CHILE (1990-2001)  
*Mariana Bogado, Cecilia Besa, María Carolina Rabat, Paula Reutter,  
César Carvajal*

163 RELACIÓN CLOZAPINA / NORCLOZAPINA COMO FACTOR DE RIESGO  
HEMATOLÓGICO  
*César Jara, Diana Penna, Roberto Gallardo, J.C. Sánchez, Carlos Mella,  
Daniel Moreno*

## 166 TEORÍA CLÍNICA

166 LA INFLUENCIA DEL CONSTRUCTIVISMO EN EL PSICOANÁLISIS  
*Marta del Río*

## 173 TEORÍA

173 ESPACIO CONTINUO/DISCRETO: ALGUNAS CONSECUENCIAS DE LA  
TEORÍA EN LA APROXIMACIÓN PSICOPATOLÓGICA  
*Nicolás Morán*

177 DEL CUERPO INDIVIDUAL A UN CUERPO RELACIONAL: DIMENSIÓN  
SOMÁTICA, INTERACCIÓN Y CAMBIO EN PSICOTERAPIA  
*André Sassenfeld*

## 189 CONTROVERSIA

189 BIPOLARIDAD Y TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD: UNA  
OBSERVACIÓN HISTÓRICO- EPISTEMOLÓGICA  
*Erich Kamann, Orietta Echavarrí*

## 197 TÉCNICA

197 UN ACERCAMIENTO AL ANÁLISIS JUNGIANO  
*Álvaro Carrasco*

## 203 CLÁSICOS

203 EL "PROYECTO DE PSICOLOGIA" DE SIGMUND FREUD: IDEAS SOBRE  
UN TEXTO FUNDACIONAL  
*León Cohen*

## 213 CASOS CLÍNICOS

213 RASCADO CUTÁNEO IMPULSIVO: DESCRIPCIÓN DE 6 CASOS  
CLÍNICOS  
*Juan Carlos Martínez, Claudia González*



## LA INTERSUBJETIVIDAD

Ovidio encantó centurias con la leyenda de Narciso e incendió la imaginación de incontables inteligencias<sup>1</sup>. El ser humano mira, y donde mire parece encontrarse a sí mismo y amarse hasta el final, hasta la muerte. Inútiles los esfuerzos de las Ninfas que intentan obtener amor de quien no tiene residuo alguno que repartir, pues todo lo que hay está íntegramente dirigido hacia sí mismo. En un óleo de tamaño natural, Caravaggio, el fotógrafo de mitos, deja impresa la belleza de Narciso embelesado con su imagen en el espejo de agua. Hay algo enternecedor en la reverberación de la mirada encendida de amor con que Narciso se ve a sí mismo y que, por lo mismo, crece autoestimulada hasta transformarse en un torbellino desmesurado. Sin embargo, este hombre centro, este hombre universo, ha sido despertado de tarde en tarde de su sueño complaciente. Oscar Wilde, en una de sus habituales piruetas copernicanas, cambia el final. Narciso ha muerto, ahogado en sí mismo, y el lago, su espejo, llora, salando con lágrimas sus aguas antes dulces y livianas. Las Ninfas se acercan en franco duelo y simpatizan con el llanto del lago. ‘¿Lloras porque no podrás volver a ver la belleza de Narciso?’ –preguntan. ‘No’ –responde el lago. ‘Lloro porque no podré volver a ver mi propia belleza reflejada en los ojos de Narciso’ (Figura 1).

Efectivamente, ese “cada vez mí” (*Jemeinigkeit*) del que hablaba Heidegger se topa con otros “cada vez mí” que también sostienen una “cada vez mí” perspectiva, rompiendo de ese modo la ilusión de Narciso. Es conocido que Sartre sostenía que la presencia del otro me llega como una desintegración de mi perspectiva y de mi universo privado. Ese otro no acepta ser sumado a los objetos de mi punto de vista sino que me ofrece una poderosa resistencia al atrapar esos mismos objetos desde la suya propia, y por ende, me obliga



Figura 1. Narciso (Caravaggio, 1546)

a tener que compartir el mundo<sup>2</sup>. Mirando a los transeúntes que circulaban por bajo su balcón, Descartes se preguntaba: ¿cómo sé que no se trata de muñecos movidos por resortes? No sabía cómo, pero lo sabía ciertamente: no eran muñecos sino que, igual que él, eran “cada vez mí”.

La “intersubjetividad” es la presencia del otro y de nuestro inevitable estar “con” él desde siempre y para siempre, en presencia o en ausencia. Por ello, al intentar fundar el conocimiento desde *un* sujeto, es necesario eliminar metódicamente al otro, realizar un movimiento *contra natura* que lo deje fuera de juego. No otra cosa es el método cartesiano que mediante la duda metódica finalmente arriba al *ego cogito*<sup>3</sup> (el mí

<sup>1</sup> Ovidio: *Tales from Ovid*. Farrar, Straus and Giroux, New York, 1997.

<sup>2</sup> Sartre, JP. *El ser y la nada*. Ed Losada, Buenos Aires, 1972 (pp. 329-331).

<sup>3</sup> Descartes, y la expresión latina *cogitare*, ha sufrido de una deformación histórica nada de trivial, pues se le considera la base de una posición epistemológica racional y desafectada. Sin embargo, *cogitare* en latín no es sólo “pensar”, en el sentido del razo-

que “experiencia”), o la puesta entre paréntesis (*epojé*) que define las distintas etapas de la “reducción” fenomenológica de Husserl para llegar, desde la encarnación que somos, a la conciencia pura y a un sujeto trascendental. Sin embargo, después de este retroceso metódico hacia el núcleo del “cada vez mí” se ha creado un punto de partida clausurado. Por ello Descartes<sup>4</sup>, y posteriormente Husserl en sus “Meditaciones Cartesianas”<sup>5</sup>, encuentran importantes dificultades a la hora de reincorporar la certeza del “otro” al sistema y explicar su existencia evidente. Como es sabido, para tal efecto Descartes utiliza el recurso a un *Deus ex Machina* y Husserl un borroso concepto de “apercepción analógica”, que aquí dejamos sólo señalados.

Sin embargo, contrariamente a lo que se repite un tanto mecánicamente, la ciencia moderna y contemporánea no es “cartesiana”, puesto que intenta, también metódicamente, eliminar todo residuo de *subiecto* en la operación epistemológica. Si Descartes y Husserl –entre muchos otros– buscaban la primera persona (el ego cogito y la conciencia pura) para luego intentar rescatar al mundo y al otro, la ciencia natural, tributaria del positivismo de Auguste Comte<sup>6</sup>, ha buscado la tercera persona neutra, es decir, el “it” del idioma inglés y que nada tiene que ver con el “él” o el “ella” de la conjugación en tercera persona en castellano. Así, la ciencia ha pretendido un acceso libre de subjetividad al “eso” de sus campos de estudio: al “eso” físico, al “eso” matemático, al “eso” biológico y químico, y también, al “eso” psicológico. Ya no se trata de un conocimiento que parte de un Yo enredado en medio de un Nosotros sino de un conocimiento “objetivo”, es decir, de uno que cancela

---

namiento, del discernimiento, de un operar lógico, del abstraer: también es sentir, recordar, emocionar, gozar, caminar, hacer, etc. En la Segunda Meditación Descartes dice: “¿Qué soy pues? Una cosa que piensa. ¿Qué es una cosa que piensa? Es una cosa que duda, entiende, concibe, afirma, niega, quiere, no quiere y, también, imagina y siente.” “Pues es tan evidente de suyo que soy yo quien duda, entiende y desea, que no hace falta añadir nada para explicarlo.” Y más adelante, en la Tercera Meditación: “Soy una cosa que piensa, es decir, que duda, afirma, niega, conoce pocas cosas, ignora otras muchas, ama, odia, quiere, no quiere, y también imagina y siente”. Nada más distante que un abandono de los afectos en pos de una fría racionalidad. Y, diríamos, si eso soy, es porque soy en eso: de allí el famoso *cogito ergo sum* (experimento, luego existo) (*Meditaciones Metafísicas*. Espasa-Calpe, Madrid, 1980).

<sup>4</sup> Descartes, R. *El discurso del método*. Espasa-Calpe, Madrid, 1980.

<sup>5</sup> Husserl, E. *Meditaciones cartesianas*. Ediciones paulinas, Madrid, 1979.

<sup>6</sup> Comte, A. *El discurso sobre el espíritu positivo*. Alianza Editorial, Madrid, 1971.

la subjetividad y aspira a acceder a las cosas en “sí mismas”. El punto es que los otros y el “cada vez mí” para el cual las cosas aparecen, sólo pueden ser exiliados sobre la base de una brutal violencia metódica, que meta en un zapato chino a la experiencia subjetiva (*cogitare*), que la reglamente y la torture hasta hacerla desaparecer. ¿Qué queda después de esa operación metódica de desalojo de la experiencia y de la experiencia *con* el otro? Tal vez el mundo del Plioceno del que nos cuenta Theilhard de Chardin<sup>7</sup>: todo debió ser semejante a nuestro mundo, pero horadado por una gran ausencia: no hay un solo ser humano sobre el planeta. Un espectáculo sin espectadores; un paisaje para nadie.

En el conocido grabado “Galería de cuadros” de Maurits Cornelis Escher, un muchacho mira un cuadro que abarca hasta la ciudad en la que se encuentra la galería de arte en cuyo interior él está. No hay solución de continuidad. Todo parece retorcerse y enroscarse sobre el punto de vista que le da vida a la escena. En la ya clásica obra “El Árbol del conocimiento”<sup>8</sup> Maturana y Varela interpretan el grabado de Escher como una demostración de que la epistemología no se arma con un punto de partida que puede crecer hasta abarcar todo lo que hay que conocer sino que, por el contrario, al intentar construir alguna, nos encontramos siempre con “nuestro propio ser” (p.162). Es decir, con el “cada vez mí” de Heidegger. Evidentemente el punto fijo no está allá fuera, como una marca en el suelo, sino que anclado en la facticidad<sup>9</sup>, es decir, en la encarnación que soy en cada caso.

Sin embargo, en el grabado hay ocho personas además del muchacho de la perspectiva, apostadas en la misma galería, en ventanas, balcones o en las embarcaciones y el muelle de la bahía que enmarca uno de los bordes de la ciudad. Es evidente que el panorama se complica: cada una de esas personas desorganiza la ya móvil configuración del mundo a partir del muchacho, y el grabado debiera ser una confusa, palpitante y retorcida red, girando convulsionada en la medida en que recorremos los puntos de vista de cada una de esas personas. Ellas, como el lago a Narciso, salen al paso de los constructivismos radicales, que en su afán de anclarse en el antípoda del positivismo ingenuo, terminan como él, siendo incapaces de integrar la experiencia del “otro”

<sup>7</sup> De Chardin, T. *El grupo zoológico humano*. Taurus ediciones, Madrid, 1965.

<sup>8</sup> Maturana H, Varela F. *El árbol del conocimiento*. Ed. Universitaria, Santiago, 1984.

<sup>9</sup> “Facticidad” era la palabra que Heidegger usaba en sus primeros escritos para referirse al Dasein. Ver: Heidegger, *Ontología. Hermenéutica de la facticidad*. Alianza Editorial, Madrid, 1999.

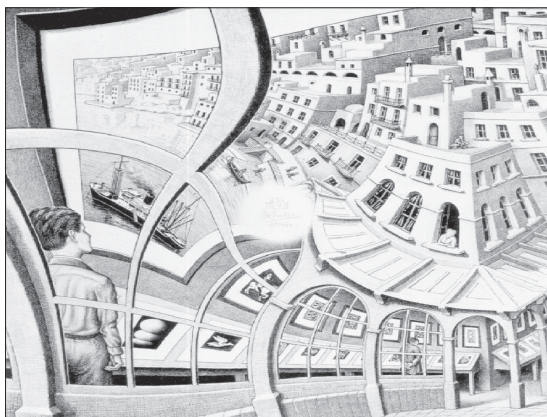


Figura 2. Galería de cuadros (Escher, 1956)

y la intersubjetividad, fenómenos ambos que permanecen como un fantasma inexplicado (Figura 2).

El apoyo epistemológico que rompe con el unisubjetivismo constructivista y con anti-subjetivismo del neutro “it” de la ciencia empírica, dominantes por siglos, parece ser la primera persona, pero del plural: ese otro que majaderamente hace oscilar mi paisaje y que afecta esencialmente el modo en el que se configura mi mundo. Ese otro que está siempre ahí desde que soy un unicelular y del cual no puedo librarme.

Para Heidegger el *ser-con* es un componente ontológico estructural en la existencia del Dasein. El mundo del Dasein es un mundo en común (*Mitwelt*), es un coestar y un coexistir (*Mitdasein*)<sup>10</sup>; es decir, al otro no hay que alcanzarlo, puesto que está ya siempre instalado en el “cada vez mí”.

Llegados a este punto tal vez sea ineludible tomar en cuenta la sentencia de Lévi-Strauss en *Tristes Trópicos*: “O nosotros, o nada” (*il n’a pas de place entre un nous et un rien*)<sup>11</sup> y, más cercano a nosotros, volver a recordar a Winnicott y el concepto de “espacio transicional”<sup>12</sup>. No obstante, hoy tenemos caminos nuevos para entender esta certeza intersubjetiva; me refiero a los fenómenos de apego, troquelado, redes y neuronas en espejo, operando en el neurodesarrollo y en la configuración de patrones relacionales, afectivos y cognitivos. Estos modelos neurobiológicos, tal vez inesperadamente, colaboran a dar sustento empírico no sólo a la epistemología sino también al reencuentro de la psicoterapia con la bipersonalidad. Es decir, la tercera persona neutra, el algo “eso” de la ciencia, tiene sentido en la medida en que se subordine y se resigne a situarse al interior de la experiencia intersubjetiva que esencialmente constituye el “cada vez mí” que somos y que, inevitablemente, está en el punto de partida de cualquier forma de conocimiento.

CÉSAR OJEDA

<sup>10</sup> Heidegger, M. *Ser y tiempo*, Editorial Universitaria, Santiago, 1997 (p. 144).

<sup>11</sup> Lévi-Strauss, C. *Tristes Trópicos* (1955), Paidós, B. Aires, 1988.

<sup>12</sup> Winnicott, D. *Juego y realidad*. Gedisa, Barcelona, 1994.

## 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](mailto: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<sup>1,2</sup>.
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.

---

<sup>1</sup> Capra F. *The Hidden Connections*. Doubleday, New York, 2002

<sup>2</sup> 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](mailto:cojeda@vtr.net)

Estimado Dr. Ojeda:

En un reciente artículo publicado en GPU el Dr. Manuel Desviat ha hecho una serie de relevantes reflexiones sobre la psiquiatría comunitaria, y se ha referido a nuestros argumentos publicados sobre el particular<sup>1</sup>. Nos ha parecido un signo de honradez intelectual haberlos tomado en consideración, no porque los hayamos formulado nosotros sino por su eventual valor objetivo, que es lo que importa.

Lo que hemos venido pretendiendo a lo largo de estos últimos años es intentar aclarar lo que la psiquiatría comunitaria es, por la relevancia que ha adquirido al transformarse en una política pública, y con ello, rectora del destino de miles de personas.

Reproducimos, por su brevedad, el inciso en el que el Dr. Desviat se refiere a nuestro trabajo:

*“En los últimos números de GPU se ha abierto un debate (Madariaga C, 2005; Villarino H, 2006; Gaete J, 2006; Villarino H, 2006) 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 lo 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 cientificidad 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)”*

## LOS ARGUMENTOS CONCEPTUALES

A nuestro juicio, a partir del texto cabe hacer precisiones tanto conceptuales como históricas, pero aquí sólo nos detendremos en las primeras. Desde aquel punto de vista se formulan en el artículo dos tipos de proposiciones: las primeras apuntan a confirmar y validar el modelo biopsicosocial, y las segundas, en cambio, a relativizar su importancia.

Respecto de las primeras, en el párrafo señalado Desviat concluye con la siguiente afirmación, puesta entre paréntesis: *“pero sí puede haber modelo biopsicosocial”*. Este énfasis final da una idea de la importancia que el autor le concede al asunto. Sin embargo, previamente ha caracterizado tal modelo en estos términos: *“Además, la suma no hace al 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’ ”*. Nos parece que los modelos justamente, intentan comprender el complejo conjunto de enfoques y factores acerca de algo, pretendiendo que sean abarcables en algún tipo de unidad. Por ejemplo, el modelo de la formación de precios en economía, congrega asuntos tan concretos como la tasa de producción de determinados enseres, con algo tan incorpóreo como las expectativas e inclinaciones del público, además de otra serie de cuestiones. Para todos ellos el modelo establece su importancia relativa y su participación en el hecho particular y unitario de la determinación de un precio. Y sólo porque el economista conoce esas variables y el modo en que interactúan, puede hasta cierto punto preverlos –o entender cuándo no se han cumplido sus proyecciones– y, de ese modo, intervenir sobre ellas con el afán de producir alguna modificación en el sistema, o de corregir el modelo. Como hemos venido insistiendo en diversos artículos, el “modelo” biopsicosocial no puede hacer nada de esto, pues carece de la capacidad de aclarar o prever ningún hecho unitario, como lo reconoce Desviat. A nuestro juicio, esto ocurre, precisamente, porque el “modelo bio-psico-social” no es propiamente un modelo.

<sup>1</sup> Desviat, M. *Vigencia del Modelo Comunitario en Salud Mental: Teoría y Práctica*. Rev GPU 2007;3;1: 88-96.



Respecto de las segundas, entendemos que le parece ocioso evaluar si el modelo biopsicosocial es o no científico. Sostiene: *“El debate sobre la viabilidad de lo comunitario debería remitirnos no al debate sobre la cientificidad del modelo biopsicosocial sino a la viabilidad o no de lo comunitario como apuesta social”*. La razón por la que a juicio de Desviat es innecesaria la indagación sobre la cientificidad del modelo biopsicosocial radica en que: *“...es dudoso que la medicina, y por tanto la psiquiatría, sea una ciencia, aunque utilice medios cuya eficacia sea garantizada cada vez más científicamente”*. Si se parte de allí, es evidente que es innecesario entrar en una discusión detallada sobre la cientificidad del modelo biopsicosocial, dado que si la misma medicina es dudosamente científica, ¿por qué habríamos de exigirle a tal modelo, fundamento de la psiquiatría comunitaria, que lo sea?

El que sea dudoso que la medicina toda y la psiquiatría en particular sean científicas, a nuestro juicio se puede entender por lo menos de cuatro maneras diferentes:

1) Que la medicina y la psiquiatría *no son ciencias exclusivamente teóricas*, que es lo que suele entenderse por ciencia, sino disciplinas eminentemente prácticas.

Esta conclusión constituye un recordatorio oportuno, porque suele olvidarse que el objeto de estudio y la actividad de la medicina no son, primariamente, ni las ideas ni los conceptos sino los particulares (es decir: los pacientes), y que aquéllas están subordinadas a éstos.

2) Que la medicina y la psiquiatría *no son sólo ciencia*, son también ética, por ejemplo, ya que no todo lo que es científicamente posible es por ello, *ipso facto*, aceptable.

3) Que la medicina y la psiquiatría *son a la vez arte y pericia*, porque el trato con casos individuales y en gran medida únicos, exige una destreza especial, para la que no bastan los conceptos generales.

4) Que la medicina y la psiquiatría *son algo más que ciencia*, pues contienen también, por ejemplo, decisivos impulsos filosóficos, religiosos, políticos, sociales, etcétera.

Estas cuatro caracterizaciones, que en el fondo apuntan a dilucidar cuál es la verdadera esencia de la disciplina de la que tratamos, han sido ampliamente discutidas y conocidas y se remontan a Galeno y a la medicina hipocrática.

¿Es alguna de estas alternativas a lo que apunta Desviat cuando asegura que es dudoso que la medicina y la psiquiatría sean ciencias? Si así fuera estaríamos plenamente de acuerdo con él, aunque nos parece equívoco el modo en que lo expresa. Creemos, sin embargo, que no es ésta la situación. En todos los casos anteriores es la cientificidad la que le da el carácter de medicina a la medicina, es decir, a su acción incluyente de todos los componentes señalados. La medicina no crea la ética ni la filosofía ni los contextos sociales y políticos en los cuales y con los cuales opera. La medicina no tiene sobre tales fenómenos colectivos dominio alguno: los toma desde fuera, y aunque la pericia se le agrega desde dentro, como toda praxis, ésta no depende de un programa de control racional explícito. La cientificidad del oficio médico es en la actualidad lo único de lo que los médicos son responsables *qua* médicos, de lo otro son responsables *qua* hombres. Del mismo modo en que saber hacer bien puertas es lo propio del oficio de carpintero en tanto que carpintero, ser honrado es una obligación que comparte con todas y cualquier persona, con independencia de su oficio. Por eso es que no resulta irrelevante decir que es dudoso que la medicina sea una ciencia, o que es ocioso evaluar científicamente un modelo que estructura el quehacer y la actividad de la medicina y la psiquiatría en lo que tienen de más propiamente suyo. Del mismo modo, no vemos cómo tal duda podría contribuir a clarificar la proposición de Desviat o a justificar las doctrinas comunitarias y el modelo biopsicosocial.

Pero si es dudoso que la medicina y la psiquiatría sean ciencias, entonces, ¿quién son? No nos cabe la menor duda que si el autor conociera la naturaleza de aquello

que las caracteriza y define nos lo habría dicho de inmediato. Habría afirmado que es dudoso que la medicina y la psiquiatría sean ciencias porque realmente son X, según lo dijo Y o lo avala la doctrina Z. Pero como no lo dice, podemos suponer que para él se trata de un sector al menos confuso. A partir de aquí podemos vislumbrar una quinta forma de entender su proposición:

5) Que la medicina y la psiquiatría son algo distinto de lo que creemos habitualmente, algo indefinido e indefinible, de un carácter tan vago que aún no lo entendemos bien pero mañana quizá lo hagamos. Sólo en este caso carece de sentido ocuparse en evaluar si el modelo biopsicosocial y la psiquiatría comunitaria tienen o no un carácter científico, y lo que ahora efectivamente importaría es su *“viabilidad como apuesta social”*. Pero ¿qué quiere decir con el término “apuesta”? ¿No están las apuestas en manos del azar? ¿Podemos sostener que a quienes ejercen la psiquiatría les estamos pidiendo que lo hagan sobre la base de algún albur? Pensamos que a esas personas, como a todas las demás, cabe pedirles cuenta tanto de lo que hacen, de por qué lo hacen y de cómo lo hacen.

Nos parece que el autor ratifica lo que sostenemos cuando reconoce a continuación que: *“No hay un modelo médico. Hay distintos modelos. Y el problema es cuando uno 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”*. Entonces, *mutatis mutandi*, del mismo modo en que el modelo científico –que para Desviat dudosamente sostiene a la medicina y la psiquiatría– no puede ni debe pretender erigirse en teoría-verdad, ¿por qué habríamos de aceptar que la “apuesta social” se erija como “teoría-verdad” y subordine a las demás perspectivas?

Desde luego, *la pluralidad* de modelos de enfermedad y curación, tales como el humoral, el positivista, el de la irritabilidad, el infeccioso, el inmunitario, el genético, el

epidemiológico, etc., desarrollados en el área de difusión helénica y el mundo occidental, han sido siempre científicos. Eso no quiere decir que hayan sido verdaderos ni mucho menos absolutos, y prueba de ello es que casi todos han caducado y se los ha sustituido, y que seguramente los que aún sobreviven mañana serán abatidos y reemplazados. Pero es que en eso consiste la actividad científica, sus aserciones no son dogmas.

La psiquiatría comunitaria y el modelo biopsicosocial, ha dicho el Dr. Desviat, son una apuesta social que no precisa validación científica, sobre todo porque es dudoso que la medicina la tenga. De acuerdo. Pero entonces, ¿quién apuesta? ¿Qué se apuesta? ¿Quién paga la apuesta? ¿Están cubiertos los fondos del apostador? ¿De dónde proceden? ¿Son suyos acaso o habla en representación de un tercero? ¿Cómo podemos saber si la apuesta se gana o se

pierde? ¿Quién gana y quién pierde con esta apuesta?

Éstas y otras eventuales preguntas surgen espontáneamente en el ámbito de la razón 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)*”, según lo expresa con meridiana claridad el autor. Pero la verdad es que a la sociedad civil, a pesar de todo, nunca se le han respondido las preguntas señaladas, aunque hayan sido expresamente formuladas.

Hernán Villarino

Médico-Psiquiatra, Servicio de Psiquiatría,  
Complejo Asistencial Barros Luco.

## APUNTES BIBLIOGRÁFICOS

1. Comisión de Asistencia de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. *Modelo de Asistencia en Salud Mental*. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría. Vol. V- Nº 15. 1985
2. Sepúlveda R. Reflexiones sobre la reforma psiquiátrica chilena y la necesidad de un sistema de información pertinente. *Psiquiatría y Salud mental*, 2006, XXIII, Nº 1-2: 75-78
3. Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Unidad de Salud Mental del MINSAL. Santiago, 2000
4. Madariaga C. *Psiquiatría comunitaria: apuntes para una conceptualización*. Rev. GU 2005; 1; 3: 307-312.5
6. Gaete J. Nueva conceptualización crítica de la psiquiatría comunitaria. Rev. GU 2006; 2; 3: 273-276
7. Villarino H. *La psiquiatría comunitaria: otra conceptualización*. Rev. GU 2006; 2; 1: 47-54
8. Villarino H. Psiquiatría comunitaria o razón comunicativa. Rev. GU 2006; 2; 4: 482-491



Estimado Doctor Ojeda:

Deseo agradecerle y felicitarlo por la publicación de GPU. Sus artículos son de gran interés no sólo para quienes se desenvuelven en el campo de la psiquiatría, psicología, medicina y disciplinas afines, sino también para cualquier profesional o persona cuyo quehacer o motivación se centre en las ciencias humanas. Los contenidos, todos de alto nivel y gran seriedad, constituyen un valioso aporte y por lo general resultan

accesibles aún para quienes no están formados en dichas especialidades. Como usted bien dice en el editorial del Nº 1/2007 del mes de marzo, al referirse al tema de la alfabetización epistemológica, de lo que se trata es de comprender la naturaleza de la vida, de la mente, de la conciencia y de las estructuras sociales y jurídicas, cuestiones en las que no sólo todos tienen cabida sino en las que resulta imperiosa la participación de diversas disciplinas, ojalá mediante lenguajes comprensibles para todos, que

permitan un mejor entendimiento mutuo. Pienso que esto es altamente necesario para la consecución tanto de objetivos comunes como de los particulares en los que se encuentran abocados investigadores, técnicos y profesionales. Junto con reiterarle mis felicitaciones por esta importante iniciativa, reciba un cordial saludo.

Joyce Abeliuk Djimino  
Abogada

COLEGAS QUE HAN TERMINADO SU FORMACIÓN  
Y SE INTEGRAN A LA PSIQUIATRÍA NACIONAL

---

**¡BIENVENIDOS!**

Marcela Abuffhele M.	Patricia Hernández Tirapegui
Roberto A. Amon Jadue	Mauricio Invernizzi Rojas
Cristian J. Anuch Juri	José Antonio Ivelic Zulueta
María Inés Arriagada Solar	Ximena Leiva Alarcón
Sergio Barroilhet Díez	Juan Luis Lorca Tobar
Claudia Bello Cisternas	Julio Michelotti Carreño
Carmen Gloria Betancur Moreno	Gabriel J. Montoya Montoya
Alberto Botto Valle	M. Carolina Muñoz Diemer
Fernando Bravo Vergara	Cristián R. Norambuena Oviedo
María Bustamante Calderon	Carolina Obreque
Gianni Cánepa Lowey	Tania Quezada Gaón
Nicolas Carrion	Álvaro A. Riquelme Cortés
M. Loreto Castillo Marré	Alejandra Rodríguez Ugarte
Tomás Charlín Fernández	Rosemarie Rosales Maureira
María Alejandra Cordero Iza	Sergio M. Ruiz Poblete
Jaime José Correa Domínguez	Víctor M. Ruíz Burdiles
Paulina Corsi Sliminng	Marcelo Schiappacasse Saieg
Mónica de La Barrera Calderón	Carlos Tellez Díaz
Claudio I. Espejo San Cristobal	Paul Alfred Vöhringer Cárdenas
Karin C. Frydman Stolovich	Julieta María Valenzuela Díaz
Manuel Fuentes	Alejandra Valenzuela Stockmeyer
Maritza Gallardo Salce	Silvia Venezian Barría
Tamara S. Galleguillos Ugalde	Raúl José Ventura-Juncá Domínguez
Elena Rosa Gómez Castro	Magda Vercellino
Andres Herane	Claudia Zapata Erazo

Francisco Bustamante<sup>1</sup>

## LAS ETAPAS DEL DUELO: UNA COMPROBACIÓN EMPÍRICA

Bowlby y Parkes fueron los primeros en proponer una serie de etapas en la elaboración del duelo: embotamiento, anhelo-búsqueda, desorganización-desesperanza y reorganización. Posteriormente éstas serían adaptadas por la psiquiatra Kübler-Ross para pacientes oncológicos y terminales: negación-disociación-aislamiento, rabia, negociación, depresión y aceptación. Tanto las etapas descritas por Bowlby, como las adaptadas por Kübler-Ross han sido utilizadas en las más variadas situaciones donde sea experimentada una pérdida (ruptura relacional, pérdida de salud, etc.); sin embargo no se ha comprobado empíricamente la evolución temporal de las distintas etapas.

Tampoco se ha determinado el "timing" y duración de cada una de ellas, aunque Jacobs postuló que no deberían durar más allá de 6 meses.

Este estudio de la Universidad de Yale, que cuenta con fondos del NIH, tomó a una población de la comunidad de New Heaven entre el 2000 y el 2003 con el objetivo de comprobar empíricamente las etapas del duelo y su duración por un seguimiento de 2 años. Se buscaron los familiares y especialmente viudas(os) de las personas fallecidas en menos de 6 meses y fueron contactadas para participar en el estudio. Del total de éstos, aceptó participar el 55% (317 personas).

Las evaluaciones fueron hechas en promedio a los 6, 10 y 19 meses de fallecido el familiar, aplicando el Traumatic Grief Response to Loss. El 18,2% de la muestra fue excluido por duelo patológico.

Los resultados aplicados al modelo de las etapas del duelo se pueden observar en la Figura 1 que fue adaptada del trabajo publicado.

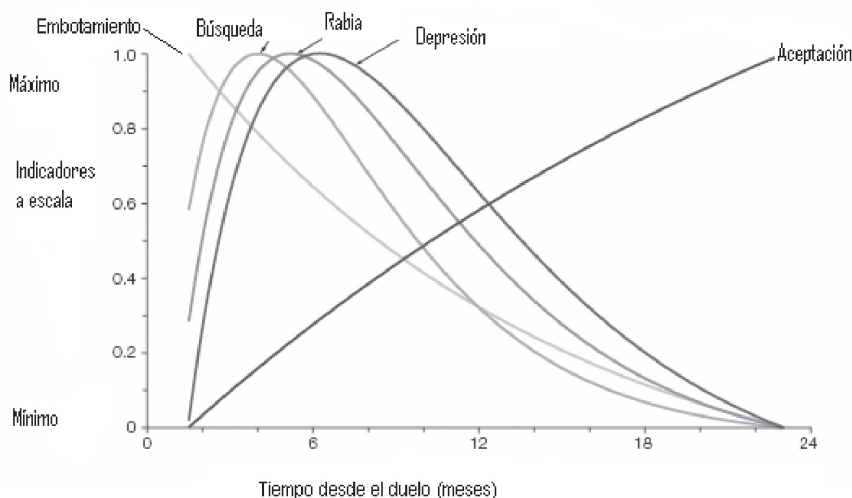


Figura 1. Etapas del duelo a escala (adaptado de Maciejewski *et al.*)

Si bien en forma absoluta los resultados no se adaptan a la teoría, sí lo hacen en forma exacta cuando son reducidos a escala proporcional. La aceptación, en términos absolutos, fue la etapa más alta y que se mantuvo preferencialmente a lo largo del tiempo, mientras que la búsqueda le sigue —también en términos absolutos— como la primera de las respuestas negativas. También se comprobó que si las etapas de duelo se prolongan más allá de 6 meses se alejan claramente de la norma.

Hay que tener en cuenta que esto es aplicable para la realidad norteamericana. A fin de cuentas, un estudio que vale la pena leer.

1. Paul K. Maciejewski *et al.* An Empirical Examination of the Stage Theory of Grief JAMA 2007; 21 (7): 716-23

## HACIA EL DSM-V: EL REINADO DE LOS ENDOFENOTIPOS

El último congreso mundial de psiquiatría biológica, realizado recientemente en nuestro país, trajo una serie de novedades respecto a cómo será la próxima clasificación norteamericana, la cual al parecer será fuertemente influida no ya por estudios epidemiológicos de gran magnitud sino, más bien, por las investigaciones realizadas en endofenotipos de los distintos trastornos y por sus respuestas diferenciales a los psicofármacos. ¿Y la fenomenología? Ya no es de tanto interés porque los trastornos comien-

zan a desdibujarse en correlatos biológicos intermedios entre los genes y la clínica.

Por ejemplo, Joseph Zohar propone eliminar el Trastorno obsesivo-compulsivo de los trastornos por ansiedad y colocarlo en una categoría aparte (espectro obsesivo-compulsivo) junto al trastorno dismórfico corporal, trastornos de tics, entre otros. A este espectro podría pertenecer también el trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo que migraría del eje II hacia el I (1).

Frederick Goodwin plantea volver a la nomenclatura de "enfermedad maniaco-depresiva," la cual debe incluir al trastorno bipolar tipo I y II y también la depresión unipolar recurrente tal cual como lo describió Kraepelin, debido a su excelente respuesta al litio (2).

Hay que considerar que estas ponencias provienen de un congreso de psiquiatría biológica. Sin embargo, ésta es la tendencia que se observa frecuentemente en la mayoría de los *journals* más prestigiosos de nuestra especialidad. Todo este conocimiento, que de suyo es bueno, no puede llevarnos a una visión reduccionista del paciente sino a integrarlo en la singularidad de cada persona como la unión entre alma, psique y cuerpo.

1. Zohar, Joseph. Future Classification of Anxiety Disorders. The World Journal of Biological Psychiatry 2007; 8 (suppl 1): 14
2. Goodwin, Frederick. Is Cyclicality or Polarity more Fundamental to the Classification of Mood Disorders? The World Journal of Biological Psychiatry 2007; 8 (suppl 1): 5

<sup>1</sup> Universidad de Los Andes.

## HELMUT BECKMANN (1940-2006)

En septiembre del 2006 murió, a los 66 años de edad, Helmut Beckmann, uno de los continuadores de la Escuela de Wernicke-Kleist-Leonhard que propone una novedosa y sistemática clasificación de las psicosis endógenas, la cual se ha visto confirmada por numerosos correlatos neurobiológicos, muchos de ellos descubiertos por el mismo Beckmann (su estudio sobre las alteraciones entorrinales en esquizofrénicos es uno de los 3 más citados en la literatura subespecializada).

## RESONANCIAS NUCLEARES

### LA VIDA COTIDIANA DE CLEVERIO

Por Pu-Edser

Entrando el otoño Cleverio ya está lleno de actividades. Le han pedido que entregue una clase por aquí, que escriba un artículo en el diario de su ciudad y los pacientes se han filtrado a través de su puerta como hojas amarillentas desprendidas de su eje vital.

Cleverio ha empezado a levantarse más tarde porque el frío matinal tiende a dejarlo arropado unos veinte minutos más de la cuenta esperando, como un gato, un rayito de sol.

Esta mañana Cleverio inicia su día con la rutina habitual. Para él no existe algo más placentero que los higos con miel de abeja y una puntita de crema que come sagradamente como lo hicieron su padre y el padre de su padre y el padre de todos los padres desde la antigüedad cuando los primeros Cleverios vivían en Creta. Aunque no sea parte de su discurso explícito, la identidad griega lo impulsa a hacer bien las cosas. Los cretenses, se dice, somos gente de bien. Cleverio entiende que ser gente de bien implica cosas como la limpieza de cuerpo y alma; la amabilidad aun con los rudos; la solidaridad con los egoístas; y todo otro tipo de situaciones que requieren de un

Durante el congreso mundial de psiquiatría biológica realizado en nuestro país se le rindió un merecido homenaje, del cual la dra. Verónica Larach fue parte.

1. Stöber, G. Helmut Beckmann (1940-2006). *Psychopathology* 2007; 40: 67-68
2. Beckmann H (ed): Editor's comment; in Leonhard K (ed): *Classification of Endogenous Psychoses and Their Differentiated Etiology*, 2nd rev enlarged ed. Vienna, Springer, 1999, pp v-xiv (Disponible en [www.amazon.com](http://www.amazon.com) o [www.abebooks.com](http://www.abebooks.com))

desarrollo de la paciencia y un encuentro con la sabiduría.

Cleverio toma su ducha helada para fortalecer el espíritu y la circulación, ambos parecen conectados, en algún nivel, desde siempre. Se viste con sus camisas muy planchadas y ajusta el cinturón sobre la cintura. Para Cleverio el orden es parte de la felicidad: aprieta la pasta de dientes de abajo para arriba; deja el cepillo en el vasito blanco y se dispone a salir. Cleverio va a su trabajo caminando porque el aire de la mañana le oxigena las neuronas, los músculos y en general aporta a su sistema de Creb. Su consulta queda a quince cuerdas de su casa, distancia que aprovecha de leer, observar y respirar. Más bien respira y observa sin objetivo. Ese momento del día en el que la mente no se organiza para conseguir nada y donde Cleverio se siente simplemente un ser vivo en locomoción.

Su consulta queda en el piso séptimo. El séptimo cielo y las siete maravillas del mundo lo inspiraron a elegirla en ese plano de la edificación. Esa mañana su primer paciente es una desconocida, como todo primer paciente, anotada en su agenda como María Castaño. A pesar de haber conocido un Adolfo Castaño alguna vez y más de un Pino, haber leído a Claudio Naranjo, comido los quesos de los hermanos Álamo, y atender un Patricio Manzano, un Castaño, aun, no le decía nada. Cleverio sube las escalas de los siete pisos para mantener sus gemelos tensos y su corazón vigoroso y porque pasará muchas horas sentado mirando los rostros de sus pacientes dejando que ellos ingresen a través de las neuronas espejo

3. Un excelente resumen acerca de la clasificación de las psicosis endógenas en español escrito por el doctor Demetrio Barcia en (la inscripción es gratuita):

- Psicosis Cicloides I parte: [http://www.psiquiatria.com/articulos/psicosis/30238/?](http://www.psiquiatria.com/articulos/psicosis/30238/)
- Psicosis Cicloides II parte: <http://www.psiquiatria.com/articulos/psicosis/30239/?>
- Psicosis Cicloides III parte: <http://www.psiquiatria.com/articulos/psicosis/30240/?>

en sus circuitos cerebrales y enredando sinapsis con la locura oculta o manifiesta de estos seres humanos que se le acercan en busca de alivio.

Al toque del timbre Cleverio abre desde su sillón la puerta de acceso y espera que esta nueva protagonista en close-up se acomode en la sala de espera. Hay un prudente tiempo para que la paciente pueda mirar los cuadros y los objetos que Cleverio ha dejado en esa pequeña antesala. Una piraña embalsamada traída del Amazonas; un colibrí de porcelana italiana; una mujer gorda de cerámica de Pomaire y un original de Bororo hablan de lo ecléctico que puede llegar a ser un ser humano curioso como es él. La alfombra que pisan las botas de cuero de María Castaño está desgastada en los bordes y un par de hilachas se asoman pidiendo contención.

Cleverio la hace pasar y la invita a sentarse. Ella se acomoda en el sillón que enfrente al berger del psíquico. Cleverio toma la lapicera. Este simple gesto marca quién es el que pide y quién es el que da. La lapicera es como un pequeño cetro monárquico. Cleverio usa una pluma de oro que le regalara su padre el día de su graduación en la escuela de Medicina. Es una pluma cabala como se entiende, ya que nadie podría estar hoy dispuesto a mancharse con tinta si detrás de eso no hay buenas razones irracionales.

María mira sus dedos gruesos tomar el instrumento creativo y sonríe fugazmente. Ese gesto incomoda a Cleverio quien cambia de postura y reconoce algo vagamente familiar en esta interacción. A



Cleverio no le gusta que se le mezclen los planos. Una cosa es la familia, otra los pacientes, otra los colegas y otra la ciudad. Se ajusta los lentes y sigue con su examen mental.

–Entonces me dice que por las mañanas le cuesta empezar a funcionar.

–Sí Dr., por las mañanas y por las tardes, especialmente cuando no he dormido bien.

–Ah –dice Cleverio– es natural, no se han reparado las vías nerviosas.

María insiste en mirarle las manos mientras él escribe. A pesar de que quisiera no preguntarle y dejar de lado este elemento perturbador, el asunto se hace evidente cuando, en un espacio de silencio, ella permanece con sus ojos pegados en el foco: mano, lapicera, papel.

–¿Hay algo que le llame la atención cuando escribo?

–Sí –dice ella– es que sus manos me recuerdan... bueno es imposible...

Cleverio piensa:

–Justamente no me dediqué al psicoanálisis porque no tolero este cliché, se supone que tendría que preguntarle por algún recuerdo infantil: ¿estas manos le recuerdan a su padre? (sería un buen comienzo para alguien que huele a histérica) O será, tal vez, ¿un amante? ¿Objeto de qué proyección estoy siendo? No. No. Lo cierto es que quería saltarse estos asuntos. No sabía cómo entrar, y menos cómo salir, de los embrollos transferenciales. La circulación de imágenes y la inversión en afectos eran siempre un riesgo. ¿Qué tal si la paciente le decía algo coqueto como... me gustan sus manos? ¡¡Uff, pensaba Cleverio!! Podría haber sido dermatólogo, traumatólogo o reumatólogo, y el foco en estos momentos estaría puesto en las manos de ella (la paciente) y no en las mías (el doctor). Pero no, tenía que haber elegido la única especialidad donde el cuerpo del médico puede ser objeto de diálogo y atención para el paciente. Por más que había querido sacar el cuerpo de la escena, dedicándose a ser un psiquiatra mal llamado biológico, no hubo caso, los pacientes insistían en comportarse como si fueran protagonistas de una película de Woody Allen! Tal vez debió haber aceptado la oferta de ese Mega centro. Puede que si volviera al escritorio, el delantal y la camilla de examen, los pacientes se ubicaran en un lugar de

enfermo y entonces él quedaría cómodo en el de médico. Nada de entregas inconscientes que revuelven el sistema nervioso autónomo. Él quería ayudar a las personas a sentirse mejor, pero no cargando con sus disforias sino ajustándoles la química. Eso soñaba ser: un buen alquimista! Conocer la pócima justa para cada cual, reconocer las sutiles marcas de las fallas, reconocer el contenido del matraz, sumar lo que falta. No es que tuviera la fórmula perfecta de la Felicidad (un tanto de dopamina con otro de serotonina, unas gotas de acetilcolina y todo bañado en BDNF), pero la intuía. Varios pacientes lo visitaban, se alegraban y se pasaban el dato. Con este doctor no pasarás más de seis visitas. Es rápido y eficiente, no te pregunta de tu pasado ni te acuesta en divanes. Es de pocas palabras y le apunta bien a los remedios. Si no te funciona te contesta el teléfono y te lo cambia. Este comentario lo dejaba feliz. Así es que la pregunta de, ¿qué mira?, y sobre todo la que vendría después: ¿con qué lo asocia? era para Cleverio una situación poco agradable.

Cleverio ha desechado las palabras como asuntos complejos. No es posible que la palabra entre al cuerpo. ¿Cómo podría la palabra transformarse en enlace químico? No, bien lo había aprendido: una cosa es la poesía otra la química. Él se había decidido hacía tiempo por la segunda opción. Sin embargo, inevitablemente tuvo que entrar en los pantanos relacionales que la paciente proponía a fin de no parecer rudo, diciendo.

–Parece que le llama la atención algo de lo que escribo –dijo, esperando que la paciente asintiera.

–No, doctor –respondió– yo conozco esas manos.

Cleverio quedó inmovilizado. ¿De dónde conoce mis manos? Cleverio frente a la angustia no escapa, no ataca, sino que se inmoviliza. De pronto se sintió como una escultura de mármol, no tanto como el David de Miguel Ángel porque no le daban ni la estatura ni las proporciones matemáticas de ese cuerpo, pero si tan duro como un mármol de Carrara. ¿Y ahora qué vendría? ¿Cómo que me conoce si yo no la conozco? Esto no me gusta nada...

–Conozco esas manos porque fueron el origen de mi pesar actual –dice entonces María.

Cleverio intenta recordar si María corresponde a alguna de sus relaciones anteriores, pero no, ¡es imposible! Él tuvo dos pololas. Una en el colegio, otra en la Universidad y terminó casándose con una prima lejana que se llamaba igual que su madre y la famosa paciente de Freud: Ema. Ema Ortiz su madre, Ema Ortúzar su esposa y Ema O. La paciente en cuestión, María Castaño, no estaba en sus memorias.

–Debe estar confundiendo, no es para menos, es su primera visita –dice Cleverio.

–No –dice ella calma– sus manos son sus manos... usted escribía en esa ventana (¿cuál?), hace años. Nos pasamos el dato en el colegio, cartas de amor a precios alcanzables. Tocábamos la ventana de cuatro a cinco los viernes y unas manos nos pedían el encargo y luego las mismas manos lo entregaban a la semana siguiente. El pago no era difícil. Correspondía exactamente a la suma de las colaciones que el mismo enamoramiento no nos dejaba comer, así es que supongo que su negocio prosperó.

Cleverio enmudeció, esta mujer estaba allí por segunda vez tocando a su ventana. Aunque de adolescente el discurso amoroso lo había cautivado, esos tiempos eran remotos. Sus creencias habían girado o tal vez habían encontrado su proporción justa. Un enamorado es un loco: desfigura y ciñe de deseo al elegido. A diferencia del delirio auto-referente, el enamorado hace crecer a otro para ascenderlo al cenit y adorarlo. Basta un gesto, como en el psicótico, para abrir un mundo de significados y dejar el horror a la pérdida desperdigado a través de todo el campo emocional. Ciertamente, su oficio había variado.

–Fueron otros tiempos –dijo buscando zafar.

–Doctor. No me diga que ha cambiado de oficio. Cuando decida qué recetarme y luego entregue esa misiva al farmacéutico para empezar a tomar los medicamentos, me sentiré, en unos días, tan bien como si alguien me hubiera escrito una carta de amor.

Cleverio se sintió exaltado. Tal vez el orden de las palabras y el orden de la materia se casi-tocan como el dedo de Dios con el de Adán en el techo de la capilla Sixtina. De tanto fijar la mirada en las moléculas y sus receptores, había perdido una noción. La noción del arrebato producido por una carta de amor, eso había perdido.

**SOCIEDAD CHILENA DE SALUD MENTAL**



**ORGANIZA**

**Seminario**

**“Actualizaciones en Psiquiatría”**

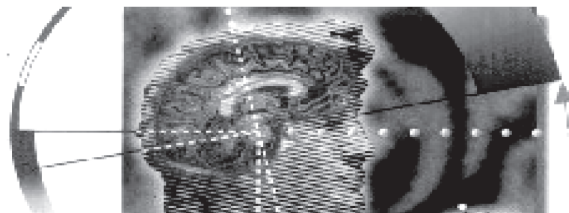
**TEMAS**

- **PERSONALIDAD ANTISOCIAL, IMPUTABILIDAD Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON PSICOSIS MAYORES CON SÍNTOMAS PSICOPÁTICOS**
- **BIPOLARIDAD Y ADICCIONES INFANTO-JUVENILES. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y CRITERIOS TERAPÉUTICOS.**
- **ESQUIZOFRENIA INCIPIENTE: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO**
- **FENOMENOLOGÍA CLÍNICA, METODOLOGÍA EN PRIMERA PERSONA E INTERSUBJETIVIDAD**
- **DEPRESIÓN MAYOR. AVANCES TERAPÉUTICOS**
- **ALIANZA TERAPÉUTICA EN PSIQUIATRÍA**

**TALLERES**

**(Cupos limitados, Inscribese con anticipación)**

- |  |   |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Trabajando con las emociones en trastornos adictivos</li> <li>2. Esquizofrenia incipiente, pródromos e indicadores tempranos. Criterios terapéuticos</li> <li>3. Tratamiento Multimodal de la personalidad límite</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Depresión mayor en el marco del GES (Garantías Explícitas de Salud)</li> <li>5. Terapia conductual dialéctica en pacientes límite</li> <li>6. Reforma procesal penal y psiquiatría</li> <li>7. Pericia médico legal en psiquiatría</li> </ol> |
|--|---|



**27 de julio de 2007**

**Hotel Marriott**

**SANTIAGO**

**CONFERENCISTAS**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ps. Cecilia Brahm</li> <li>➤ Dr. Francisco Bustamante</li> <li>➤ Ps. Magdalena Donoso</li> <li>➤ Dr. Sergio Gloger</li> <li>➤ Dr. Humberto Guajardo</li> <li>➤ Dr. Ignacio Morlans</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Dr. Gustavo Murillo</li> <li>➤ Dr. Rubén Nachar</li> <li>➤ Dr. César Ojeda</li> <li>➤ Dr. Gonzalo Pobrete</li> <li>➤ Dra. Jimena Quijada</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Dr. Mario Quijada</li> <li>➤ Dr. Pedro Retamal</li> <li>➤ Dr. Raúl Riquelme</li> <li>➤ Dr. Pablo Salinas</li> <li>➤ Dr. Hernán Silva</li> </ul> |
|--|--|--|

**AUSPICIAN**

Bristol Myers Squibb  
 Drugtech  
 Eli Lilly de Chile Ltda.  
 GlaxoSmithKline  
 Laboratorios Andrómaco S. A.  
 Laboratorios Saval S.A.

**INSCRIPCIONES E INFORMACIONES**

Sociedad Chilena de Salud Mental  
 Av. La Paz 841, Recoleta – Santiago  
 Fonos: 777 80 51 - 4793461 / FonoFax: 738 2503  
[sociedad.saludmental@gmail.com](mailto:sociedad.saludmental@gmail.com)

**(\*) VALORES DE INSCRIPCIÓN**

	<b>Hasta el 20 de julio</b>	<b>Desde 23 de julio</b>
Estudiantes	\$ 20.000	\$ 25.000
Público General	\$ 30.000	\$ 35.000

**(\*) Inscripción sin costo por invitación de los auspiciadores, o Socios al día en sus cuotas sociales**



UNIVERSIDAD  
DE HEIDELBERG



PONTIFICIA  
UNIVERSIDAD  
CATÓLICA  
DE CHILE

# *Diplomado Internacional en Diagnóstico e Indicación en Psicoterapia*

## **Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD)**

II VERSIÓN 2007

ESCUELA DE PSICOLOGÍA Y DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA UC  
HEIDELBERG CENTER PARA AMÉRICA LATINA DE LA UNIVERSIDAD DE HEIDELBERG



# *Diplomado internacional en* **Diagnóstico e Indicación en Psicoterapia**

II VERSIÓN 2007

## **Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD)**

### **Descripción**

El diagnóstico psicodinámico operacionalizado (OPD) es un protocolo de diagnóstico dinámico, desarrollado en Alemania en la década de los '90 y utilizado hoy por más de 4000 psicoterapeutas de diferentes orientaciones teóricas. Satisface un viejo anhelo de los terapeutas, de contar con un instrumento que entregue información tanto del proceso diagnóstico, como de indicación en psicoterapia.

El OPD complementa la mirada descriptiva (ICD, DSM), al incluir las dimensiones dinámicas del proceso diagnóstico, como los conflictos intrapsíquicos e interpersonales, la vivencia subjetiva de enfermedad y el análisis estructural. De este modo, entrega orientación diagnóstica, guía la acción psicoterapéutica y facilita el entrenamiento en psicoterapia. Por último, al entregar un lenguaje común, facilita el intercambio en la comunidad científica y contribuye a la investigación en la disciplina. La versión II del sistema OPD, publicada en el año 2006, permite además la focalización y la planificación de las estrategias terapéuticas.

### **Objetivos**

#### **Objetivo general:**

Formar a los participantes en el manejo adecuado del OPD, permitiéndoles orientarse a nivel clínico para diagnosticar, focalizar y establecer una indicación en psicoterapia.

#### **Se propone específicamente que los participantes:**

- Conozcan los distintos ejes del OPD: Experiencia de Enfermedad (eje I), Relaciones Interpersonales (eje II), Conflicto (eje III) y Estructura (eje IV)
- Profundicen en los fundamentos teóricos que subyacen a los diferentes ejes
- Profundicen en la entrevista clínica específica del OPD
- Se familiaricen con los instrumentos de codificación de cada eje y se entrenen de manera confiable en su codificación
- Puedan focalizar y establecer indicación en psicoterapia mediante el OPD

### **Dirigido a**

Psicoterapeutas (psicólogos y psiquiatras) de todas las orientaciones teóricas.

## Contenidos

### UNIDAD 1

#### INTRODUCCIÓN AL PSICODIAGNÓSTICO E INDICACIÓN

- 1.1 ¿Qué es la psicoterapia?
- 1.2 El psicodiagnóstico en psicología
- 1.3 Historia conceptual del diagnóstico psiquiátrico
- 1.4 Análisis crítico de los sistemas DSM IV e ICD 10
- 1.5 El problema de la indicación

### UNIDAD 2

#### INTRODUCCIÓN AL OPD

- 2.1 ¿Por qué operacionalización del diagnóstico psicodinámico?
- 2.2 Surgimiento, construcción y metas del círculo de trabajo OPD

### UNIDAD 3

#### EJE I: EXPERIENCIA DE ENFERMEDAD Y PRERREQUISITOS DEL TRATAMIENTO

- 3.1 Elementos vivenciales de la experiencia de “enfermedad”,
- 3.2 Motivaciones que llevan o no a la indicación de psicoterapia.

### UNIDAD 4

#### EJE II: VÍNCULO

- 4.1 Sistema de categorías de modos de comportamiento interpersonal
- 4.2 La relación con el terapeuta
- 4.3 Patrones que permiten establecer un foco psicoterapéutico

### UNIDAD 5

#### EJE III: CONFLICTO

- 5.1 Rol central de los conflictos psíquicos internalizados
- 5.2 Relación de los conflictos internalizados con los conflictos actuales determinados por situaciones externas

### UNIDAD 6

#### EJE IV: ESTRUCTURA

- 6.1 Estructura como fondo para el desarrollo de los ejes I, II y III
- 6.2 Evaluación de la estructura psíquica

### UNIDAD 7

#### OPD E INDICACIÓN

- 7.1 Focalización
- 7.2 Indicación
- 7.3 Estrategias terapéuticas

## Equipo docente

### Director académico

**DR. GUILLERMO DE LA PARRA**

### Académicos extranjeros

#### MANFRED CIERPKA

*Ph. D. en Medicina. Psiquiatra. Psicoanalista. Director Médico del Instituto para la Investigación en Psicopatología y Terapia Familiar de la Clínica Universitaria, Universidad de Heidelberg, Alemania.*

#### TILMAN GRANDE

*Dr. Phil. Psicólogo. Director Área Psicológica de la Clínica de Medicina General y Psicopatología de la Clínica Universitaria, Universidad de Heidelberg, Alemania.*

### Académicos nacionales

#### LUIS ALVARADO

*Psiquiatra. Docente Escuela de Psicología Universidad de Chile y Escuela de Psicología Pontificia Universidad Católica de Chile.*

#### EVE-MARIE APFELBECK

*Magíster (c) en Psicología Clínica infanto-juvenil. Especialista en Psicodiagnóstico. Docente Escuela de Psicología Pontificia Universidad Católica de Chile.*

#### NIELS BIEDERMANN

*Ph. D. en Medicina. Psiquiatra. Terapeuta Familiar. Docente Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Sede Oriente, Universidad de Chile.*

#### GUILLERMO DE LA PARRA

*Ph. D. en Medicina. Psiquiatra. Psicoanalista. Docente y Jefe de la Unidad de Psicoterapia del Departamento de Psiquiatría Pontificia Universidad Católica de Chile.*

#### JUAN PABLO JIMÉNEZ

*Ph. D. en Medicina. Psiquiatra. Psicoanalista. Director Departamento de Psiquiatría Oriente, Universidad de Chile.*



## Estructura del programa

**Duración.** El diplomado se realizará entre el 31 de agosto de 2007 y el 29 de marzo de 2008, con un total de 100 horas cronológicas. 40 horas corresponden a dos seminarios intensivos internacionales y 60 horas a cinco talleres teórico-prácticos.

**Horario.** Los cinco **talleres** se realizarán **un** viernes y **sábado** de cada mes.

Viernes: 9:00 a 13:15 hrs. y 14:45 a 19:00 hrs.

Sábados: 9:00 a 13:15 hrs.

En formato intensivo, se realizarán los dos **seminarios** a cargo de los docentes extranjeros. El primero será a fines de octubre de 2007 y el segundo a fines de marzo de 2008.

Jueves: 9:00 a 13:15 hrs. y 14:45 a 19:00 hrs.

Viernes: 9:00 a 13:15 hrs. y 14:45 a 19:00 hrs.

Sábados: 9:00 a 13:15 hrs.

**Metodología.** Clases de carácter lectivo, seminarios de discusión y talleres con material audiovisual de entrevistas de pacientes y análisis de casos. Las clases son 100% presenciales.

**Requisitos de Aprobación.** Cumplir con las exigencias académicas del programa y tener un 90% de asistencia.

## Proceso de admisión

Los postulantes deberán:

- Completar una ficha de postulación
- Adjuntar su currículum vitae

Los postulantes podrán ser llamados a entrevista personal con docentes del diplomado.

Las postulaciones podrán efectuarse desde el 12 de marzo hasta el 10 de agosto de 2007.

## Valor del diplomado

\$800.000

Código SENCE 12-37-7488-00

### Descuentos

- 10% Ex-alumnos y funcionarios UC. Estudiantes postgrados y diplomados UC. Socios del Programa Desarrollo y Cultura UC. Suscriptores Revista Psykhe. Titulados Universidad de Heidelberg y ex-alumnos Heidelberg Center para América Latina. Miembros del Colegio Médico y Colegio de Psicólogos.
- 10% Pago anticipado 30 días antes de iniciar las clases
- 5% Estudiantes postgrados y diplomados de otras universidades y ex alumnos UC
- 5% Pago al contado

### Lugar de realización del diplomado

Heidelberg Center para América Latina, Las Hortensias 2340, Providencia, Santiago.

Este diplomado se realiza en el marco del acuerdo de cooperación académica existente entre la Pontificia Universidad Católica de Chile y la Universidad de Heidelberg.

auspicio

  
EL MERCURIO

educación  
continua 



UNIVERSIDAD  
DE HEIDELBERG



PONTIFICIA  
UNIVERSIDAD  
CATÓLICA  
DE CHILE

## INFORMACIONES Y MATRÍCULAS

Heidelberg Center  
para América Latina

Las Hortensias 2340, Providencia  
(hasta fines de marzo de 2007  
se atenderá en

Av. Los Leones 1035, Providencia)  
Teléfonos: 234 3466, 233 2574  
Horario de atención: 9.30 a 14.00  
y 15.30 a 18.30 hrs.

heidelberg-center@heidelbergcenter.cl  
www.heidelberg-center.uni-hd.de  
www.uc.cl/psicologia

### ORGANIZAN

ESCUELA DE PSICOLOGÍA UC

DEPARTAMENTO DE  
PSIQUIATRÍA UC

HEIDELBERG CENTER  
PARA AMÉRICA LATINA  
DE LA UNIVERSIDAD  
DE HEIDELBERG

### PATROCINAN

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA  
FACULTAD DE MEDICINA ORIENTE  
UNIVERSIDAD DE CHILE

INSTITUTO CHILENO DE  
TERAPIA FAMILIAR

SOCIEDAD CHILENA DE  
NEUROLOGÍA, PSIQUIATRÍA Y  
NEUROCIROLOGÍA (SONEPSYN)

SOCIEDAD CHILENA DE  
PSICOLOGÍA CLÍNICA

SOCIETY FOR PSYCHOTHERAPY  
RESEARCH, SPR. CAPÍTULO  
LATINOAMERICANO  
Y COMITÉ CHILENO

SOCIEDAD CHILENA DE  
SALUD MENTAL

GDT Psicoterapia Sociedad Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía  
Society for Psychotherapy Research (SPR), filial chilena.

## **8º CONGRESO CHILENO DE PSICOTERAPIA**

9, 10, 11 y 12 de agosto de 2006

CONFERENCE TOWN, REÑACA

“CONVERGENCIAS Y SINGULARIDADES EN PSICOTERAPIA”

---

Conferencias, talleres experienciales y de formación, simposios, trabajos libres, posters y paneles de investigación con prestigiosos invitados nacionales y los siguientes invitados extranjeros:

### **Dra. Darlene Ehrenberg**

Training and Supervising Analyst, William Alanson Institute. New York. USA.  
Editorial Boards: Contemporary Psychoanalysis, Psychoanalytic Inquiry  
and International Forum of Psychoanalysis.

### **Dr. Scott Wooley**

System-wide Director Marital and Family Therapy Graduate Programs  
Emotional Focused Couple Therapy Supervisor. California School of Professional Psychology.  
Alliant International University. USA.

### **Dr. Bernhard Strauss**

Director Institute of Psychosocial Medicine and Psychotherapy.  
Klinikum der Friedrich-Schiller-Universität. University Hospital Jena. Germany.  
Próximo Presidente SPR internacional.

---

Y también noche de jazz, soirée, performances, baile de gala.

Más información en:

[www.sonepsyn.cl/congresopsicoterapia](http://www.sonepsyn.cl/congresopsicoterapia)

## COMENTARIO DE LIBROS

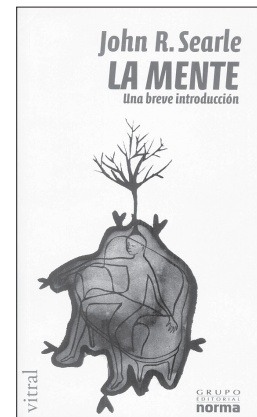
# JOHN SEARLE: LA MENTE, LA CONCIENCIA Y EL CEREBRO

LA MENTE. UNA BREVE INTRODUCCIÓN

Autor: **John R. Searle**

Grupo Editorial Norma, Bogotá, 2006, 381 pp.

(Rev GPU 2007; 3; 2: 130-131)



Félix Cova<sup>1</sup>

La filosofía de la mente se ha constituido en uno de los ámbitos de reflexión de esta disciplina con mayor dinamismo en los últimos 50 años, permitiendo aportar perspectivas enriquecedoras a un viejo pero cada vez más vigente problema de las ciencias del comportamiento: ¿cómo entender las relaciones entre mente-cuerpo, mente-cerebro? En este libro, publicado el 2004 y recientemente traducido al español, John Searle nos presenta una panorámica de lo que han sido los principales planteamientos de los filósofos contemporáneos de la mente, y profundiza en su propia postura, resumiendo de paso las ideas principales que ha desarrollado en este ámbito en su ampliamente influyente trayectoria intelectual. Se trata en consecuencia de mucho más que de la “breve introducción” indicada en el título de la obra.

El autor contrapone en detalle su propia postura, a la que denomina “naturalismo biológico”, respecto de las dos principales tradiciones intelectuales en el estudio de la relación mente-cuerpo: el monismo materialista y el dualismo. Searle sostiene que la perspectiva materialista, en su afán de generar una explicación científica de la mente y conciencia, termina negando los fenómenos mentales, o aceptándolos, a lo más, como epifenómenos. Ironiza el autor al respecto indicando lo absurdo que es negar lo que constituye un dato de la experiencia de todos los seres humanos (y no sólo de ellos): la

existencia de vivencias conscientes, de sensaciones, sentimientos, pensamientos, y el rol causal que tienen éstos en nuestros comportamientos. Respecto del dualismo, el autor señala que su error, si bien menos obvio al no negar la existencia de la conciencia, es igualmente grave: al entender la mente como algo diferenciado del cerebro, si bien en interacción con éste, impide una comprensión científica, dado que, de alguna forma, se está planteando la existencia de una mente “incorporea”: otro callejón sin salida.

Para Searle, la respuesta al problema de la relación mente-cerebro no es misteriosa si se abandonan una serie de supuestos infundados. En síntesis, su postura señala que los procesos mentales sin duda existen, y que, sin duda también, son el resultado del funcionamiento cerebral. Sin ambigüedades, el autor plantea que los procesos mentales tienen existencia y especificidad, pero que no son algo distinto del funcionamiento cerebral: son causados por el cerebro. Tienen una base biológica pero no son un epifenómeno (son casi lo más significativo de la vida, en particular de las personas, y tienen propiedades causales). Tampoco son una ilusión (existen, aunque su ontología es, como dice Searle, en primera persona).

Para aclarar su planteamiento, Searle realiza una serie de precisiones de interés respecto del conducto de reduccionismo. Distingue entre el reduccionismo

<sup>1</sup> Dpto. de Psicología, Universidad de Concepción.

ontológico, que implica demostrar que un determinado fenómeno no existe porque se explica por otro (por ejemplo, la salida del sol puede en forma legítima ser reducida ontológicamente al movimiento de rotación; en este caso, es legítimo un “reduccionismo eliminativo” del fenómeno en estudio), y el reduccionismo causal, donde demostrar que un fenómeno tiene nexos causales con otro de “nivel inferior” no implica necesariamente una reducción ontológica eliminativa. Este último error sería lo que equivocadamente hacen los autores “materialistas”, al confundir las bases biológicas de la mente con la negación de su existencia. Searle reitera que la posibilidad de reducir un fenómeno a otro, como la mente a sus causas cerebrales, no implica que la primera no tenga propiedades que la definen ni que sea un mero epifenómeno. La solidez de un cuerpo, ejemplifica el autor, puede ser “reducida” a relaciones entre moléculas. Sin embargo, la solidez tiene un claro poder causal, como lo puede demostrar la resistencia real que opone un cuerpo sólido sobre otro.

El aporte de la perspectiva de Searle se hace más evidente cuando se contrastan las implicaciones de sus afirmaciones con las de otras posturas. Parte importante del libro se dedica a ello, y, en particular, a diferenciarse de la forma de materialismo que ha adquirido más notoriedad no sólo en la filosofía de la mente sino en las ciencias cognitivas en general: el funcionalismo, en particular, la idea de entender la relación mente-cerebro como un análogo de la relación que la informática hace entre hardware y software. Hace ya décadas que Searle denuncia la diferencia entre un procesador que opera con algoritmos que para él no significan nada, como un computador, y la mente humana que opera con símbolos que son significativos para ella. La analogía entre mente y computador falla, en su opinión, en lo esencial: ignora la conciencia, que es la que permite el significado.

Reconociendo que Searle acierta en identificar las limitaciones de esta analogía, probablemente termina siendo muy injusto respecto de su poder heurístico. Para entender la radicalidad de su postura es necesario advertir que el autor identifica mente y conciencia. Lo hace deliberadamente. Para Searle tiene sentido usar el concepto de mente sólo para aquellos fenómenos que implican a la conciencia. Searle acepta que hay procesos que son inconscientes, pero para él tiene sentido considerarlos mentales sólo si pueden llegar a ser conscientes. Si no es así habría que considerarlos sin más procesos cerebrales o de otro tipo, pero no mentales. Este es un punto particularmente interesante y polémico de su postura.

Lo señalado es apenas una pincelada de los temas que el autor aborda en la obra que comento, que sintética y profundamente hace un recorrido por los temas esenciales de la filosofía de la mente. Además de lo comentado, el autor se esfuerza en describir las propiedades de la conciencia y analizar conceptos como el de intencionalidad, causación mental, libre albedrío, yo e identidad personal.

En momentos en que en las ciencias del comportamiento coexisten las tentaciones propias del mal entendido reduccionismo de siempre, con verdaderos esfuerzos por abordar la naturaleza de las relaciones entre mente y cerebro con la complejidad que el tema merece, el aporte de Searle al respecto puede ser verdaderamente útil. Ello no significa considerar que el autor esté siempre bien encaminado. Particularmente débil resulta en el plano epistemológico su opción por un realismo ingenuo, tal como él mismo describe su posición al respecto en el libro que comento. Sin embargo, la profundidad de sus observaciones y la claridad de su forma de presentarlas es un verdadero aporte al debate.

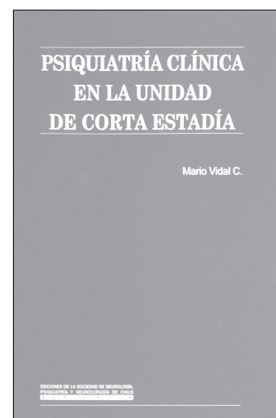
## COMENTARIO DE LIBROS

# PSIQUIATRÍA CLÍNICA EN LA UNIDAD DE CORTA ESTADÍA

Autor: **Mario Vidal C.**

Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, Santiago de Chile, 2006, 129 pp.

(Rev GPU 2007; 3; 2: 132-133)



**Patricio Olivos**

El título –certero pero quizás poco atractivo– pone a este excelente libro en riesgo de pasar inadvertido. El autor, Profesor Asociado de Psiquiatría de la Universidad de Chile, resume en él su larga experiencia clínica y docente, que desarrolla actualmente en la Unidad de hospitalización de Corta Estadía del Servicio de Psiquiatría del Área Metropolitana Sur, Hospital Barros Luco Trudeau. Su método tutorial, con médicos en su primer año de formación como especialistas en psiquiatría de adultos, apunta en una primera fase a la formulación de un diagnóstico sindromático, con un sentido claramente semiológico. Así hace en cada capítulo, con finas descripciones de los distintos síndromes: depresivo, maniaco, obsesivo-compulsivo, catatónico, delirante, de influencia, del pensamiento desorganizado, exógeno agudo y crónico. Y luego, con un sentido más nosológico, estimula la reflexión clínica en el diagnóstico diferencial. Termina cada capítulo con la discusión de algunos aspectos importantes. Por ejemplo diferencia el síndrome depresivo asociado a la pobreza –estudiado en su ensayo *El hombre inconcluso* (1988)– de los otros cuadros depresivos por su humor amargo, que hace pagar a su ambiente el descontento generado, no por una pérdida sino por la privación que se siente injusta. No hay anhedonia –las pocas oportunidades de goce son bien aprovechadas– ni inhibición psíquica marcada. Y se da en la pobreza la “desesperanza aprendida” (Seligman), que deja sin embargo algunos huecos en que podría colarse un golpe de suerte que solucione los problemas, como ganar el Kino.

El libro está muy bien escrito, lo que se agradece. La lectura fluye sin esfuerzo por la fenomenología de los síntomas y síndromes; los “vemos” ante nosotros, con sutiles diferencias y matices de interés clínico, los “pensamos” en un atractivo ejercicio psicopatológico. Recordamos entonces otro libro importante del autor: *Para leer a Jaspers* (Ed. Universitaria, 2003), que tiene como subtítulo *Invitación a la Psicopatología General*. “Invitación”, término amable, en línea con lo que se proponía Jaspers de ayudar a adquirir una cultura del *ver* y *pensar* en términos psicopatológicos, y en que el Dr. Vidal entrega una visión amplia y accesible de los conceptos básicos de la psicopatología del maestro.

“*Psiquiatría Clínica...*” complementa al anterior en cuanto es psicopatología aplicada a la clínica. El Dr. Vidal tiende un puente entre la psiquiatría actual y la psiquiatría y la psicopatología clásicas, así como con aspectos neurológicos. El que está recién formándose como psiquiatra descubrirá la psicopatología como ciencia básica de la Psiquiatría en 129 páginas sin desperdicio, y podrá ver que el DSM-IV, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, es eso, otro mapa que organiza la psiquiatría, un manual útil para la investigación y comunicación científica, pero no un texto ni un método para aprender psicopatología. Y el psiquiatra experimentado refrescará, repensará, redescubrirá la psicopatología, y se sentirá sorprendido por los hallazgos que trae este libro, tomados de variadas fuentes y de la propia observación del autor, con sencillez, sin pedantería.



Es un libro de madurez. Y de quien ha mantenido interés por toda la psiquiatría. Eso permite que todos los síndromes estén bien tratados. Sólo como ejemplo señalamos el excelente capítulo sobre el síndrome obsesivo, que parte con la definición del fenómeno obsesivo hecha por Westphal en 1848 y concluye con una interesante discusión sobre las relaciones del Trastorno Obsesivo-compulsivo con manifestaciones presentes en sujetos sanos y, por otro lado, con cuadros psicóticos. O al presentarnos, “como una excepción dentro de este libro –y a modo de ejemplo– una mirada a lo que las neurociencias están avanzando en el estudio del síndrome de influencia”, resumiendo en una pincelada los trabajos de Frith y Done (1998) que plantean los síntomas positivos de la esquizofrenia como una falla en el sistema de monitoreo interno de los pensamientos vistos como acciones internalizadas, y por tanto en la “conciencia de la propia actividad del yo” (Jaspers).

Esto último hace ver que el Dr. Vidal está en plena sintonía con lo que se busca en la psiquiatría “biológica” actual: las bases biológicas de las enfermedades mentales, en el camino que va desde la secuencia del DNA a su transcripción en la expresión genética, traslación de

proteínas, interacciones celulares: la “Microfisiología” --> la estructura cerebral, neurotransmisión, neurofisiología: la “Macrofisiología” --> el funcionamiento cerebral: procesamiento de información, atención, cognición --> la Enfermedad mental: el fenotipo clínico, el diagnóstico.

Para ello debemos partir por el camino inverso de la psicopatología y la clínica. Que nos permita llegar a endofenotipos (Gottesman y Shields, 1973): fenotipos internos que pueden descubrirse por un test bioquímico o neurofisiológico o neurocognitivo. Y para ello necesitamos la agudeza clínica que permita perfilar el elemento más útil para la investigación, que en un caso puede ser el fenotipo o diagnóstico clínico de enfermedad, en otro el síndrome como dimensión, y en otro incluso un síntoma. Más claros y distintos, y por otro lado –como pedía Kretschmer a la psicopatología– viendo no sólo la separación entre ellos sino también sus relaciones.

A todo esto apunta el trabajo psicopatológico y clínico que el Dr. Mario Vidal ha sostenido consistentemente y con talento por largos años. Y que nos entrega con generosidad y sencillez en este libro.

## COMENTARIO DE LIBROS

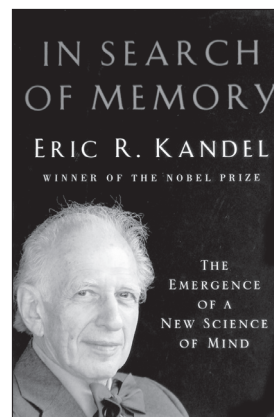
## EN BÚSQUEDA DE LA MEMORIA

IN SEARCH OF MEMORY

Autor: **Eric Kandel**

W.W. Norton &amp; Company, New York, 2006, 510 pp.

(Rev GPU 2007; 3; 2: 134-136)



César Ojeda

Eric Kandel nos ofrece ahora sus memorias. Sin embargo, si se tratara sólo de eso, por digna e interesante que fuese la vida de este médico, psiquiatra, neurobiólogo, investigador y premio Nobel de Medicina en el año 2000, no sería suficiente para leer y comentar una obra de más de quinientas páginas. Lo que ocurre es que la palabra “memoria”, en este caso, se ramifica en tres vertientes: sus memorias biográficas, la memoria de la neurobiología, y sus estudios sobre la memoria celular<sup>1</sup>. Casi diríamos que se trata de tres memorias distintas y, al final, de una sola.

Kandel nació en Viena en el año 1929, es decir, cuenta hoy con 77 años de edad y es, por lo tanto, un testigo del siglo XX y del desarrollo de la neurobiología moderna. El intento de comprender la mente humana desde una perspectiva biológica es tal vez uno de los grandes desafíos del siglo que recién comienza, y para llevar a cabo esa empresa no se puede partir de cero. Al sostener que lo que se intenta explicar es la mente, se está aludiendo a la naturaleza biológica de la percepción, del aprendizaje, de la memoria, de la conciencia y el libre albedrío, por ejemplo. Pero también se está diciendo que esos fenómenos tienen sentido desde una historia plasmada en la experiencia cotidiana acerca de nosotros mismos.

Kandel nació en Viena y vivió allí hasta los nueve años de edad. En 1939, un año después que Hitler

tomara el poder en Alemania, viajó junto a sus padres y hermano a Estados Unidos. Ya recibido de médico se sintió fuertemente atraído hacia el psicoanálisis y por investigar y comprender las bases biológicas de la teoría estructural de la mente de Freud (Yo, Superyó y Ello). Esta inquietud lo llevó a presentarse ante el neurocientífico Harry Grundfest, profesor de neurología en la Universidad de Columbia, quien escuchó pacientemente las grandiosas e ingenuas ideas que el joven Kandel tenía acerca de las posibilidades de la ciencia cerebral. “No es posible –le dijo Grundfest– entender las bases biológicas de la teoría estructural de Freud. Eso está lejos de las posibilidades de la ciencia contemporánea del cerebro”. Es posible imaginar la decepción de Kandel, especialmente si había entendido –como creemos– la teoría freudiana de manera algo literal. Además, sus primeros pasos en la ciencia partían enseñándole el axioma esencial de la investigación empírica: ¡Simplifique! Así fue que Grundfest le dijo: “en vez de entender la ‘mente’, lo que necesitamos es mirar el cerebro a partir de una neurona cada vez”.

¿Cómo podríamos –se preguntó Kandel– enfocarnos a los asuntos psicoanalíticos como la motivación inconsciente de la conducta, de las acciones o de la vida consciente, estudiando el cerebro en el nivel de células individuales? El joven Kandel pretendía una investigación de “arriba” a “abajo”, es decir, partir desde una teoría global de la mente, para llegar a la estructura y la función cerebral que la sustentara. Grundfest, de gran experiencia, lo estimuló a hacer el camino inverso, conocido como de “abajo” a “arriba”: partir de las células cerebrales, para luego intentar explicar funciones mentales específicas, como el aprendizaje y la memoria. Tres

<sup>1</sup> Respecto de la memoria celular y los conceptos que le valieron el premio Nobel, ver el comentario sobre su libro *Psychiatry, Psychoanalysis and the New Biology of Mind* en Rev GU 2006; 2; 1: 26-28.

principios desarrollados en la primera mitad del siglo XX hacían que este procedimiento *bottom-up* fuera prometedor. En primer lugar, la idea de que el cerebro opera sobre la base de unidades celulares densamente conectadas (neuronas); la segunda, la hipótesis de que las señales eléctricas que hacen discurrir la información al interior de las neuronas (potenciales de acción) son producto de cambios iónicos en la membrana celular, y, finalmente, que la conectividad entre neuronas tiene la forma de sinapsis químicas. Esto, que hoy nos parece obvio, recién vino a penetrar en la ciencia cerebral tras los descubrimientos de Ramón y Cajal (1852-1934), contemporáneo de Freud. En efecto, antes de las publicaciones del anatomista español, los biólogos estaban sorprendidos y paralizados por la profusa y enrevesada estructura del sistema nervioso, lo que había hecho pensar a Golgi que se trataba de una red continua, al modo de una tela de araña o del tejido de una pieza de lana. Fue Ramón y Cajal quien describió y documentó la *contigüidad* y la no *continuidad* de las neuronas entre sí, es decir, puso en evidencia que la unidad del tejido nervioso, al igual que en casi todos los órganos del cuerpo humano, es la célula, y que esta unidad, de alguna forma, se conecta con otras células y forma tejidos.

Era difícil aceptar en aquellos años que, a pesar de su compleja apariencia, cada célula nerviosa, incluyendo el cuerpo celular, el axón, las dendritas y las terminaciones, formara una unidad compacta y coherente encapsulada en una y la misma membrana. A las células del tejido nervioso Ramón y Cajal las llamó "neuronas". Cada neurona es un elemento estructural y funcional complejo, y mediante lo que Charles Sherrington (1857-1952) más tarde llamaría "sinapsis" (del griego = unión), se comunica con otras neuronas. Para Cajal, los terminales sinápticos del axón de una neurona entregan información a otra neurona a través de las dendritas, pero sin tocarlas anatómicamente.

Lo que Ramón y Cajal había puesto de manifiesto es la estructura en red del SNC. En términos contemporáneos, efectivamente, cada neurona es un nodo, cada sinapsis un "link" y cada sistema de receptores un "shore". Todas las redes, neurales o de cualquier tipo, operan con este esquema básico y presentan sorprendentes propiedades emergentes merced de estas características<sup>2</sup>.

El inglés Sherrington admiraba profundamente el trabajo de Ramón y Cajal, especialmente su perspicacia para demostrar que los flujos de información en el

cerebro y la médula espinal discurren en un solo sentido y no pueden retornar por la misma vía. Su propio trabajo consistió en estudiar las bases neurales de la conducta refleja, descubriendo los principios integrados de excitación e inhibición neuronal en el operar de todo el SNC.

Kandel refiere que si Freud, en vez de haberse visto forzado a ejercer la práctica privada, hubiese tenido financiamiento institucional adecuado, hoy sería recordado como neuroanatomista y cofundador de la teoría neuronal. Es posible que esta idea de Kandel dependa más de sus propios apegos y pasiones que de la visión que Freud tenía acerca de sí mismo. No obstante marca la tendencia prevalente en Kandel de mantener al psicoanálisis y a las teorías de la mente como un horizonte para el desarrollo de la neurobiología. Es posible que este trasfondo, fuertemente reprimido en su inocente conversación inicial con Grundfest, se haya mantenido en el cerebro de Kandel de forma implícita: es posible partir de la mente para estudiar el cerebro, o tal vez más enfáticamente: no hay otra manera de estudiar el cerebro sino partiendo de una teoría de la mente. Una perspectiva *top-down*, bien entendida, evita el acumular datos dispersos cuyo valor es imposible determinar. Es evidente que de manera confusa o clara, la memoria, la percepción o las emociones son una parte esencial de la "mente"; y por lo mismo, la investigación de "abajo-arriba" debe mantener esas nociones experienciales como el horizonte y marco de sus preguntas.

## LAS NEURONAS AL DIVÁN

Durante todo el libro que comentamos Kandel se sitúa en una imagen en espejo respecto de Freud. Si Freud, cuya vocación era neurobiológica, se "desvió" hacia modelos de la mente inverificables, pero absolutamente necesarios para el ejercicio clínico y psicoanalítico, pareciera que él podría haber hecho de la práctica psicoanalítica su camino en la vida; no obstante, su destino lo llevó hacia la neurobiología. "Si hubiese ejercido el psicoanálisis –nos dice al iniciarse el Capítulo 5– habría pasado gran parte de mi vida escuchando a los pacientes hablar de sus vidas, sus sueños, deseos, fantasías y recuerdos. Este es el método introspectivo de la "talk therapy" del que Freud fue pionero, y que se destina a lograr más profundos niveles de auto-conocimiento" (p.74). Por influencia de Grundfest, Kandel pronto comprendió que para entender las funciones cerebrales era necesario aprender a escuchar a las neuronas y su lenguaje bioeléctrico, puesto que en definitiva éste es también el lenguaje de la vida mental. Este idioma, que permite que distintos grupos de neuronas entren

<sup>2</sup> Para una ampliación ver Ojeda C. Vínculos: una perspectiva biológica. Rev GU 2006; 2; 4: 415-431.

en contacto y hablen entre sí, hace posible, con los métodos adecuados, escuchar estos diálogos y conversaciones, cuyo registro forma lo que él designa como “introspección objetiva”.

El estudio de los sistemas neurales de señales creció junto a la pregunta por la forma en que las neuronas se comunican, y allí entran en escena Galvani, y especialmente, Helmholtz. Este último realizó medidas experimentales que demostraron que el flujo eléctrico en los axones era mucho más lento que el flujo eléctrico que discurre por un conductor metálico como el cobre. El flujo en el conductor metálico tiene casi la velocidad de la luz, en cambio, el flujo bioeléctrico de los axones 30 metros por segundo, y no decrece en fuerza a medida que se propaga. Es decir, se trata en las células nerviosas de una propagación activa que impide que la distancia debilite la señalización.

Un poco más tarde Edgar Adrian (1889-1977) desarrolló métodos para registrar los potenciales de acción y describió el carácter “todo o nada” de ellos. Sostuvo con firmeza que todos los impulsos nerviosos son iguales, con independencia si el mensaje está destinado a generar una sensación luminosa, dolorosa o táctil. “Si ellos son masivos la sensación es intensa, si están separados por algún intervalo, la sensación es débil”<sup>3</sup>. Desde estas constataciones era necesario preguntarse por los mecanismos que hacían posible los potenciales de acción. Un discípulo de Sherrington<sup>4</sup>, Julius Bernstein, dedujo que existía una diferencia de voltaje dentro y

fuera de la célula nerviosa, incluso en estado de reposo, y propuso la existencia de canales iónicos en la membrana celular que dejaran pasar a los iones de potasio hacia la parte externa de la membrana.

El lector comprende que la breve historia aquí reseñada es sólo el comienzo, y se continúa hasta nuestros días. Paso a paso la neurobiología ha ido construyendo sus certezas y reconociendo sus misterios, lo que ha ocurrido con la participación de muchos y tenaces investigadores. Kandel guía al lector con claridad y maestría por esta aventura y, de paso, rellena, como en mi caso, los vacíos en la comprensión de los principios esenciales del operar del cerebro hasta ahora conocidos. Más adelante explica la forma en la que las neuronas conversan entre ellas, los sistemas neuronales simples y complejos, el desarrollo de la comprensión de los sistemas de memoria, para luego relatar el fecundo encuentro con el caracol marino *Aplysia californica* y los descubrimientos de los mecanismos de la memoria celular que le valieron el premio Nobel<sup>5</sup>. Sin embargo, no se detiene allí: se adentra también en las bases biológicas de la individualidad, en el diálogo genes-ambiente, en la construcción del “mundo externo” por el cerebro, en la nueva manera de mirar las enfermedades mentales, para, finalmente, cerrar el círculo de su vida académica con el problema de la conciencia y con el renacimiento del pensamiento psicoanalítico y su incipiente pero fecundo diálogo con la neurobiología.

De verdad, hermoso.

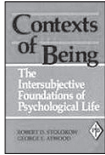
<sup>3</sup> Esta idea influyó notablemente en el ingeniero Jeff Hawkins y la teoría cortical de la inteligencia como modelo para crear inteligencia artificial. Ver comentario del libro *On intelligence* en GU, 2006;2;4:385-388.

<sup>4</sup> Adrian y Sherrington compartieron el premio Nobel en medicina en 1932.

<sup>5</sup> Ver nota 1.

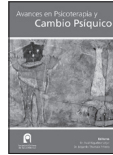
## CATÁLOGO DE LIBROS COMENTADOS EN GPU

Numerosos lectores nos han sugerido que agreguemos la forma en que estos libros pueden ser adquiridos, por lo que publicaremos de manera permanente las direcciones de compra. La referencia de los comentarios realizados en GPU están indicadas para cada caso y usted puede revisarlos en los números impresos o en el sitio de la revista: [www.gacetuniversitaria.cl](http://www.gacetuniversitaria.cl) Las compras por internet se realizan mediante tarjeta de crédito. En el caso de editoriales nacionales, la gestión también puede ser hecha llamando por teléfono.



### LOS CONTEXTOS DEL SER: LAS BASES INTERSUBJETIVAS DE LA VIDA PSÍQUICA

Autores: R. D. Stolorow y G. E. Atwood  
Editorial Herder, Barcelona, España, 2004  
Comentario: Rev GU 2006; 2; 4: 370-374  
Compra: [www.herdereditorial.com](http://www.herdereditorial.com)



### AVANCES EN PSICOTERAPIA Y CAMBIO PSÍQUICO

Editores: Raul Riquelme Vajar y Edgardo Thumala Piñero  
Ed: Sociedad Chilena de Salud Mental, Santiago, 2005, 464 páginas  
Comentario: Rev GU 2006; 2; 2: 140-141  
Compra: [www.schilesaludmental.cl](http://www.schilesaludmental.cl)



### LA ESQUIZOFRENIA CLÁSICA

Autor: César Ojeda  
Segunda edición ampliada  
Ed: C&C Ediciones, Santiago de Chile, 2006  
Comentario: Rev GU 2006; 2; 4: 375-378  
Compra: [cyc@consultoriaycapacitacion.cl](mailto:cyc@consultoriaycapacitacion.cl)  
Fono: 269 75 17



### IDEA MÉDICA DE PERSONA: LA PERSONA ÉTICA COMO FUNDAMENTO DE LA ANTRPOLOGÍA MÉDICA Y DE LA CONVIVENCIA HUMANA

Autor: Fernando Oyarzún Peña  
Ed: LOM Ediciones, Santiago, 2005  
Comentario: Rev GU 2006; 2; 2: 142-143  
Compra: [www.lom.cl](http://www.lom.cl)



### CUANDO EL ESTADO CASTIGA: EL MALTRATO LABORAL A LOS EMPLEADOS PÚBLICOS EN CHILE

Autora: Oriana Zorrilla Novajas  
Editorial Universitaria Bolivariana, 2005  
Comentario: Rev GU 2006; 2; 4: 379-382  
Compra: [ub@bolivariana.cl](mailto:ub@bolivariana.cl)



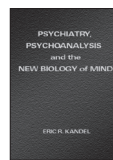
### EL CEREBRO Y EL MUNDO INTERIOR. UNA INTRODUCCIÓN A LA NEUROCIENCIA DE LA EXPERIENCIA SUBJETIVA

Autor: Mark Solms y Oliver Turnbull  
Ed: Fondo de Cultura Económica, 2004  
Comentario: Rev GU 2006; 2; 1: 23-25  
Compra: [www.fondodeculturaeconomica.com](http://www.fondodeculturaeconomica.com)



### TERAPIA FAMILIAR Y DE PAREJA

Editor: Arturo Roizblatt  
Ed: Mediterráneo, Santiago-Buenos Aires, 2006  
Comentario: Rev GU 2006; 2; 4: 383-384  
Compra: [www.mediterraneo.cl](http://www.mediterraneo.cl)



### PSYCHIATRY, PSYCHOANALYSIS AND THE NEW BIOLOGY OF MIND

Autor: Eric R. Kandel  
Ed: American Psychiatric Publishing, Washington DC, 2005, 414 páginas  
Comentario: Rev GU 2006; 2; 1: 26-28  
Compra: [www.amazon.com](http://www.amazon.com)



### NO HUMANO, PERO INTELIGENTE ON INTELLIGENCE

Autor: Jeff Hawkins  
Ed: Owl Books, New York, 2005, 265 páginas  
Comentario: Rev GU 2006; 2; 4: 385-388  
Compra: [www.amazon.com](http://www.amazon.com)



### TRASTORNOS DE PERSONALIDAD. HACIA UNA MIRADA INTEGRAL

Editores: Raúl Riquelme y Alex Oksenberg  
Ed: Sociedad Chilena de Salud Mental, Santiago, 2003, 892 páginas  
Comentario: Rev GU 2006; 2; 1: 29-31  
Compra: [www.schilesaludmental.cl](http://www.schilesaludmental.cl)



### MUJERES DEL MEDIOEVO. SUEÑOS, MEMORIAS, IMÁGENES Y LEYENDAS

Editor: Rosa Behar Astudillo  
Ed: Altazor, Santiago, 2005, 155 páginas  
Comentario: Rev GU 2006; 2; 3: 251-252  
Compra: e-mail: [altazorediciones@yahoo.es](mailto:altazorediciones@yahoo.es)  
Fono: (56-32) 688694



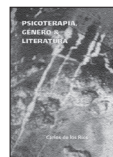
### TRATADO SOBRE LA FAMILIA

Autor: Gary Becker  
Ed: Alianza Universidad, Madrid, 1987  
Comentario: Rev GU 2006; 2; 1: 32-33  
Compra: [www.alianzaeditorial.es](http://www.alianzaeditorial.es)



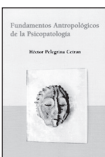
### JUICIO A LA PSICOTERAPIA

Autor: Jeffrey M. Masson  
Ed: Cuatro Vientos, Santiago, 1991, 228 páginas  
Comentario: Rev GU 2006; 2; 3: 253-255  
Compra: [www.cuatrovientos.net](http://www.cuatrovientos.net)



### PSICOTERAPIA, GÉNERO & LITERATURA

Autor: Carlos de los Ríos  
Ed: Ediciones Sociedad Atenea, Viña del Mar, 2005  
Comentario: Rev GU 2006; 2; 1: 34-35  
Compra: [www.libreriamujeres.com.ar](http://www.libreriamujeres.com.ar)



### FUNDAMENTOS ANTROPOLÓGICOS DE LA PSICOPATOLOGÍA

Autor: Héctor Pelegrina  
Editorial Polemos  
Comentario: Rev GU 2006; 2; 3: 256-263  
Compra: [www.editorialpolemos.com.ar](http://www.editorialpolemos.com.ar)



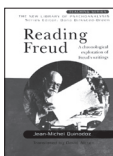
### SCHIZOPHRENIC SPEECH

Autores: Peter McKenna y Tomasina Oh  
Ed: Cambridge University Press, London, 2005  
Comentario: Rev GU 2005; 1; 3: 229-232  
Compra: [www.amazon.com](http://www.amazon.com)

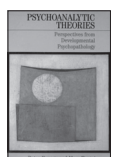




**TRAYECTO DEL PSICOANÁLISIS DE FREUD A LACAN**  
 Autores: Michel Thibaut y Gonzalo Hidalgo  
 Ed: Universidad Diego Portales. Segunda Edición, Santiago, 2004, 268 páginas  
 Comentario: Rev GU 2005; 1; 3: 233-235  
 Compra: www.udp.cl/publicaciones



**READING FREUD: A CHRONOLOGICAL EXPLORATION OF FREUD'S WRITINGS**  
 Autor: Jean Michel Quinodoz  
 Ed: Routledge, Londres, 2004  
 Comentario: Rev GU 2005; 1; 3: 236  
 Compra: www.amazon.com



**PSYCHOANALYTIC THEORIES: PERSPECTIVES FROM DEVELOPMENTAL PSYCHOPATHOLOGY**  
 Autores: Peter Fonagy y Mary Target  
 Ed: Brunner, Routledge, Londres, 2003  
 Comentario: Rev GU 2005; 1; 2: 127-128  
 Compra: www.amazon.com



**MANUAL DE PSICOEDUCACIÓN PARA EL TRASTORNO BIPOLAR**  
 Autores: Francesc Colom y Eduard Vieta  
 Ed: Ars Medica, Barcelona, 2004  
 Comentario: Rev GU 2005; 1; 2: 129-130  
 Compra: www.psiquiatria.com



**PSICOSIS EPILÉPTICAS**  
 Autor: Fernando Ivanovic-Zuvic  
 Ed: Serie Roja, Sonepsyn Ediciones, 2003  
 Comentario: Rev GU 2005; 1; 2: 131  
 Compra: www.sonepsyn.cl



**LA TERCERA ETAPA. ENSAYOS CRÍTICOS SOBRE PSIQUIATRÍA CONTEMPORÁNEA**  
 Autor: César Ojeda  
 Ed: Cuatro Vientos. Santiago, 2003, 241 páginas  
 Comentario: Rev GU 2005; 1; 2: 132-133  
 Compra: www.cuatrovientos.cl



**PSICOPATOLOGÍA DE LA MUJER**  
 Editores: Eduardo Correa, Enrique Jadresic  
 Ed. Mediterráneo. Santiago, 2005, 573 páginas  
 Comentario: Rev GU 2005; 1; 2: 134-136  
 Compra: www.mediterraneo.cl



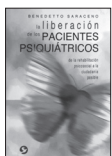
**EL TRASTORNO BIPOLAR Y EL ESPECTRO DE LA BIPOLARIDAD**  
 Editor General: Hernán Silva  
 Ed: C y C Aconcagua, 130 páginas, 2004  
 Comentario: Rev GU 2005; 1: 13-15  
 Compra: cyc@consultoriaycapacitacion.cl  
 Fono: 269 75 17



**LOS LAZOS DE AMOR. PSICOANÁLISIS, FEMINISMO Y EL PROBLEMA DE LA DOMINACIÓN**  
 Autora: Jessica Benjamin  
 Ed: Paidós, 1ª. Edición, Buenos Aires, 1996.  
 Comentario: Rev GU 2005; 1: 16-19  
 Compra: www.paidos.com



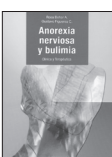
**DROGA Y ALCOHOL. ENFERMEDAD DE LOS SENTIMIENTOS**  
 Autores: Raúl Schilkrot y Maité Armendáriz  
 El Mercurio-Aguilar. Santiago, 2004, 255 páginas  
 Comentario: Rev GU 2005; 1: 20-22  
 Compra: www.tienda.clubdelectores.cl



**LA LIBERACIÓN DE LOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS: DE LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL A LA CIUDADANÍA POSIBLE**  
 Autor: Benedetto Saraceno  
 Ed: Pax, México, 2003  
 Comentario: Rev GU 2005; 1: 23-24  
 Compra: www.editorialpax.com



**SUEÑO: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO**  
 Autor: Walter Abdaloff  
 Mediterráneo, Santiago, 2003  
 Comentario: Rev GU 2005; 1: 25-26  
 Compra: www.mediterraneo.cl:



**ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA: CLÍNICA Y TERAPÉUTICA**  
 Editores: Rosa Behar Astudillo y Gustavo Figueroa Cave  
 Ed: Mediterraneo, Santiago  
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 1: 22-25  
 Compra: : www.meditarraneo.cl



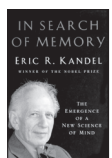
**MARTIN HEIDEGGER Y EL CAMINO HACIA EL SILENCIO: ENSAYO DE CRÍTICA FILOSÓFICA**  
 Autor: César Ojeda Figueroa  
 Ed: C&C Ediciones  
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 1 : 26-28  
 Compra: cyc@consultoriaycapacitacion.cl  
 Fono: 269 75 17



**SOBRE LA HOMOSEXUALIDAD**  
 Editores: Beatriz Zegers, María Elena Larraín y Francisco Bustamante  
 Ed: Mediterraneo, Santiago  
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 1: 29-32  
 Compra: www.meditarraneo.cl



**PSIQUIATRÍA CLÍNICA EN LA UNIDAD DE CORTA ESTADÍA**  
 Autor: Mario Vidal C.  
 Ed: Serie Roja, Sonepsyn Ediciones, 2006  
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 2: 132-133  
 Compra: www.sonepsyn.cl



**IN SEARCH OF MEMORY**  
 Autor: Eric R. Kandel  
 Ed: W.W. Norton & Company, Inc.  
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 2: 134-136  
 Compra: www.amazon.com



**LA MENTE. UNA BREVE INTRODUCCION**  
 Autor: John R. Searle  
 Ed: Grupo Editorial Norma, Bogotá, 2006  
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 2: 130-131  
 Compra: www.norma.com

ENTREVISTA DE GACETA DE PSIQUIATRÍA UNIVERSITARIA

# LOS DESAFÍOS DE LA PSIQUIATRÍA ACTUAL: JUAN ENRIQUE MEZZICH, PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA

(Rev GPU 2007; 3; 2: 139-141)

El Dr. Juan Enrique Mezzich (JEM), egresado de la Universidad Peruana Cayetano Heredia a comienzos de la década de los setenta, es desde 1995 Profesor de Psiquiatría y Jefe del Centro Internacional sobre Salud Mental y de la División de Epidemiología Psiquiátrica en la Escuela de Medicina de Mount Sinai, de la Universidad de Nueva York. Destacado académico e investigador, es uno de los pioneros en introducir los aspectos culturales en las formulaciones diagnósticas contemporáneas. Entre 1990 y 1998 se desempeñó como Jefe del Comité de Diagnóstico y Cultura del Instituto Nacional de Salud Mental de EE.UU. Es autor y co-autor de más de 200 artículos científicos publicados en prestigiosas revistas médicas, numerosas monografías y capítulos de libros, como asimismo autor, editor o co-editor de 20 libros. Además se le reconoce una fructífera colaboración con reconocidas organizaciones médicas internacionales. Desde 2005, y hasta 2008, ejerce el cargo de Presidente de la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA), la organización más grande de psiquiatras, con 130 sociedades nacionales afiliadas y 65 secciones científicas. Para GPU es un honor haber conversado con este importante líder de la psiquiatría mundial.

**GPU.** *De cada 100 personas que viven en la tierra, 57 son asiáticas, 21 europeas, 8 africanas y 6 americanas; 48 son hombres y 52 mujeres; 30 son de raza blanca y 70 de otras razas; 30 son cristianas y 70 practican otras religiones. Por otra parte, 6 de estas personas poseen el 59% de todos los bienes, y las 6 son norteamericanas. Ochenta viven en la pobreza, 70 no son capaces de leer, 50 fallecen por hambre, una sola persona tiene estudios superiores y una persona posee un computador (1). Frente a este escenario actual, en que múltiples situaciones sociales, económicas y culturales coexisten pero donde, a la vez, se advierte una creciente globalización, ¿qué sucede con las enfermedades mentales?, ¿influye el aumento de la brecha que separa a las sociedades más*

*prósperas de las más desvalidas y numerosas, en la práctica clínica cotidiana de los psiquiatras del planeta?*

**JEM:** Las enfermedades mentales son parte de los problemas generales de salud de las poblaciones y como tal enfrentan similares retos, principalmente frente a la pobreza y al acceso a los servicios médicos modernos. Los psiquiatras en diversas latitudes tienen que encarar en forma creciente la diversidad y heterogeneidad de los patrones culturales de las personas que consultan e igualmente desde el diagnóstico desarrollar un modelo integrativo y contextualizado que también se exprese a nivel de los servicios, de manera que se acendre el objetivo de la medicina como atención colaborativa con la totalidad de la persona del paciente.

**GPU:** *Considerando lo anterior, como también la Declaración de Madrid, la cual señala que los psiquiatras "deben defender la igualdad en el acceso al tratamiento por parte de los enfermos mentales, tanto por motivos de justicia social como de equidad" (2), ¿cuál es el papel de la WPA frente a los problemas de salud mental causados o intensificados por la globalización?*

**JEM:** La salud mental está relacionada con las condiciones sociales y económicas. La prevalencia de las enfermedades mentales y la discapacidad conexas están también relacionadas con condiciones socioeconómicas, en particular la pobreza. La globalización está contribuyendo a un mayor cambio social y económico en todos los países, sin embargo sus efectos en los segmentos de bajos ingresos de la población en muchos países son inciertos. Debemos como profesión formar alianzas en el plano nacional e internacional para mejorar la calidad y el acceso equitativo a la atención de salud general y mental en particular. Debemos también promover la educación de psiquiatras, de otros médicos y de profesionales de la salud mental así como del público, y animar el desarrollo de investigación en todos los países para mejorar la salud mental. Requerimos también desarrollar capacidad para supervisar y evaluar los efectos de la globalización en la salud mental.

**GPU:** *Y en lo que atañe a las sociedades nacionales afiliadas más pequeñas y a los especialistas más jóvenes que desean tener un protagonismo mayor y/o contribuir al desarrollo de la especialidad o al mejoramiento de la atención psiquiátrica, ¿tiene la WPA algo que ofrecerles?*

**JEM:** Los países con sociedades psiquiátricas pequeñas con un número también pequeño de psiquiatras tienen frecuentemente grandes y plurales limitaciones en recursos. Por ello es necesario mejorar sustancialmente la organización de esos recursos, en particular aquellos de salud mental. La WPA incentiva estos principios y apoya a sus sociedades miembros en aspectos de educación, eventos científicos, investigación y publicaciones. Asimismo, promueve que las sociedades nacionales más grandes cooperen a nivel internacional ayudando efectiva y respetuosamente a las sociedades en los países con más necesidades.

Una línea especial de trabajo de la WPA en los últimos diez años ha sido el desarrollo profesional de los jóvenes psiquiatras. Un programa de Fellowship ha sido implementado en conexión con los Congresos Mundiales de Psiquiatría desde 1996 y más recientemente extendido a los Congresos Internacionales de Psiquiatría. Un programa institucional WPA para el desarrollo profesional de psiquiatras jóvenes fue establecido en 1999, el cual tiene a su cargo no sólo el programa de becarios

sino también la conducción de cursos para psiquiatras jóvenes especialmente en países en vías de desarrollo. Una Red Educativa ha sido establecida desde 1996 involucrando a psiquiatras jóvenes y psiquiatras en entrenamiento de todo el mundo interesados en educación psiquiátrica y la promoción de actividades educativas WPA en sus propios países. El establecimiento el 2003 del Consejo de Psiquiatras Jóvenes de la WPA representa un esfuerzo adicional para el cumplimiento de su compromiso con el futuro de nuestra especialidad.

**GPU:** *Cambiando de tema. En las últimas décadas un hecho distintivo de la psiquiatría ha sido la adopción de sistemas de clasificación con criterios diagnósticos explícitos, lo cual ha servido para mejorar la comunicación entre los especialistas y estimular el trabajo cooperativo en investigación. Sin embargo, a menudo los autores de trabajos empíricos parecen pasar por alto el asunto de la validez del diagnóstico, en su apresuramiento por poner a prueba las hipótesis que desean estudiar. Sabemos que en 2003 la Sección de Clasificación, Diagnóstico y Nomenclatura de la WPA, con la colaboración de la OMS y la Sección de Humanidades y Filosofía de la WPA, organizó el Simposio "Fundamentos Filosóficos y Metodológicos del Diagnóstico Psiquiátrico", que reunió a filósofos, psiquiatras y otros profesionales. En su opinión, ¿cuales son los principales desarrollos en este campo en los últimos años?*

**JEM:** Del proceso de colaboración en años recientes, cotejados con expectativas de múltiples sectores, han emergido dos tareas principales en el campo de la clasificación y el diagnóstico. Una es el desarrollo de la mejor clasificación posible de trastornos mentales, incorporando los últimos hallazgos científicos y utilizando aproximaciones descriptivas tanto categoriales como dimensionales. Esta tarea está relacionada con los trabajos que están comenzando para el diseño de la próxima edición 11 de la Clasificación Internacional de Enfermedades por la OMS, del DSM-V por la Asociación Psiquiátrica Americana, y otras clasificaciones regionales, como la latinoamericana y la china. La otra tarea involucra el desarrollo de un modelo diagnóstico integrativo centrado en la persona, que está liderado por la WPA en cooperación con la OMS y varias asociaciones nacionales y regionales.

**GPU:** *Dada su condición de latinoamericano, y considerando la posibilidad de tener una visión panorámica de la psiquiatría mundial que representa su investidura, por el contacto permanente que se tiene con los colegas y las realidades locales ¿se puede hablar de una Psiquiatría Latinoamericana?, ¿hay algún matiz, característica,*

*atributo o necesidad que desee subrayar de la psiquiatría de la región latinoamericana? ¿Cuales son los principales desafíos que enfrenta en la actualidad?*

**JEM:** Pienso que en cierta medida se puede hablar de una psiquiatría latinoamericana, reflejo de su cultura mestiza y de un particular devenir histórico institucional. Una muestra creativa de la psiquiatría de nuestra región es la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP) como anotación de la CIE-10, que incorpora los principales avances internacionales y los enriquece con comentarios regionales y con una formulación diagnóstica comprehensiva.

**GPU:** En EE.UU., miembros de la comunidad médica han manifestado su preocupación porque las instancias gubernamentales, como el Instituto Nacional de Salud Mental, han disminuido el financiamiento de los ensayos clínicos con medicamentos, dejándoselo a la industria farmacéutica (3). Ello es grave si consideramos que estudios científicos muestran una significativa correlación entre conflicto de intereses y obtención de resultados "favorables al financista". En Chile un número creciente de psiquiatras está participando en estudios financiados por la industria farmacéutica, precisamente en un momento en que las sociedades médicas científicas están procurando prevenir o evitar el aumento de situaciones de conflicto de interés. ¿Desea hacer alguna observación en relación a este tema?

**JEM:** Ésta es ciertamente una situación delicada que requiere atención cuidadosa reflejando nuestras responsabilidades profesionales y éticas. Podemos reconocer que la industria farmacéutica tiene un papel significativo en el campo de la salud y al mismo tiempo esforzarnos por distinguir los diferentes objetivos y procedimientos de tal industria y los objetivos y procedimientos de las organizaciones profesionales en medicina y psiquiatría. Esto requiere el desarrollo de mecanismos que aseguren conductas apropiadas y éticas en el establecimiento de relaciones respetuosas y transparentes entre la industria y la profesión médica, así como promover bancos de datos que aseguren el

seguimiento y el acceso público a los resultados de los estudios farmacoterapéuticos.

**GPU:** Se ha afirmado por William Fulford, Norman Sartorius y otros autores que la aplicación de la práctica basada en los valores y en la evidencia (más que la práctica basada únicamente en la evidencia) requiere un mayor nivel formativo y también, posiblemente, más tiempo y esfuerzo por parte del médico. Los mismos autores han sostenido que, con el fin de popularizar y aplicar de manera general dicha práctica, sería necesario demostrar que la práctica basada en los valores y en la evidencia mejora la calidad de vida de los pacientes y los médicos en mayor medida que la práctica basada únicamente en la evidencia (4). ¿Qué opinión le merece dicha aseveración?

**JEM:** Primero, que la práctica de la medicina en general y de la psiquiatría en particular deben estar informadas tanto por la ciencia como por el humanismo y la ética. Esta articulación de perspectivas es consustancial con la vocación y las más altas aspiraciones de nuestra profesión. Por otro lado, el desarrollo de aproximaciones o procedimientos profesionales específicos debe incluir evaluaciones a través de mecanismos que reflejen atención a la evidencia así como a la experiencia y al buen juicio clínico y humano.

**GPU:** A nombre de los psiquiatras chilenos, le agradecemos que haya respondido a nuestras preguntas.

## REFERENCIAS

1. Okasha A. Globalización y salud mental: una perspectiva de la WPA. *World Psychiatry* 2005; 3: 1-2
2. Declaración de Madrid sobre los requisitos éticos de la práctica de la psiquiatría aprobada por la Asamblea General de Madrid, España, del 25 de agosto de 1996 y revisada por la Asamblea General de Yokohama, Japón, del 26 de agosto de 2002. Disponible en <http://www.wpanet.org/home.html>
3. Angell M. *The Truth About the Drug Companies. How They Deceive Us and What to Do About It*. Random House. New York, 2004
4. Sartorius N. Reconocimiento de la importancia de los valores. Fórum – Hechos y valores en el diagnóstico psiquiátrico. *World Psychiatry* 2005; 3(2): 90

ENSAYO

# LAS VÍAS DEL AMOR

(Rev GPU 2007; 3; 2: 142-147)

Susana Cubillos<sup>1</sup>

**Wilhelm Reich<sup>2</sup> afirmaba que el amor, el trabajo y el saber son las fuentes de nuestra vida y también deberían gobernarla. En su obra *La Revolución Sexual* (1945) proyectaba un cambio de mentalidad fundamental que llevaría “de la negación de la vida y el amor que prevalecía en la época, hacia una racional, vitalmente positiva y más feliz utilización de la función amorosa de la humanidad”. Sesenta años más tarde, al observar los cambios en las actitudes y prácticas sexuales en las nuevas generaciones, las cifras parecían no verificar el resultado feliz esperado por Reich. La relación que existe entre amor y sexo continúa siendo controvertida. Hasta hace poco, lo que parecía estar inseparablemente unido para el género femenino ya no lo es tanto y observamos en ellas una tendencia al menos a ensayar separar sexo de amor, del modo que había caracterizado hasta aquí a los varones. Dice la Dra. Ethel Spector que, hoy por hoy, “si el amor y el sexo pueden ir juntos o no, son materia de tipo personal para cada uno de nosotros, tanto como tópicos de escrutinio en una variedad de disciplinas”<sup>3</sup>.**

**Por ello, toda investigación que intente identificar los factores que constituyen esta relación –sexo y amor– merece dedicada atención.**

**A**nalizar la estrecha y compleja relación entre el amor, el sexo, el trabajo, la sociedad, la salud y la felicidad, excede las pretensiones de este trabajo; no obstante, los interesados pueden remitirse al análisis que Herbert Marcuse desarrolló en su libro *Eros y Civilización*, aún vigente para nuestros tiempos. La noción más básica a considerar es la conquista de un equilibrio saludable entre la energía gastada en el trabajo y en el amor, empresa de gran dificultad si consideramos las leyes que gobiernan o administran la fuerza de trabajo en las dinámicas del capitalismo tardío.

El desarrollo de las teorías psicológicas del inconsciente de principios del siglo XX, y su significativo impacto en las ciencias sociales, fueron seguidos por los avances de la psicofarmacología y las neurociencias, ampliándose y/o focalizándose los modelos explicativos para la nosología y la terapéutica del enfermar. Viejas preguntas acerca del amor encuentran hoy nuevas rutas explicativas y la realidad de fines de la modernidad abre nuevas interrogantes, que desafían cualquier tentación reduccionista, ya sea de tipo biológico, cultural o psicológico.

<sup>1</sup> Médico-psiquiatra Centro de Salud Mental Integrado. scubillosm@vtr.net

<sup>2</sup> Médico y psicoanalista, dirigió el Seminario de Sexualidad de la Sociedad Psicoanalítica de Viena, durante 15 años. En “Reich habla de Freud”. Farrar, Straus and Giroux, NY 1967.

<sup>3</sup> Ethel Spector Person, M.D. *Sex and Love*. Syllabus & APA Annual Meeting, 2004.



La Depresión es proyectada por la OMS como la primera causa de invalidez para el 2020 y se espera que los millones de personas en el mundo que ya consumen antidepresivos aumenten progresivamente. Sabemos que el estado depresivo por sí mismo afecta la función sexual en un porcentaje considerable de casos y que la medicación antidepresiva al recuperar el estado anímico logra habitualmente recuperar también la función sexual. Sin embargo, como la mayoría, si no todos, los antidepresivos pueden a su vez afectar adversamente la sexualidad, una de las preguntas emergentes para los clínicos e investigadores es si estos medicamentos son una amenaza para el amor de pareja y el matrimonio. Lo lógico sería preguntarse antes por las razones del aumento progresivo de los estados depresivos de un modo también no reduccionista; sin embargo esta interrogante queda ampliamente abierta. La relación entre falta de amor y depresión se ha evidenciado y comunicado en lactantes deprivados. ¿De qué modo la falta de amor puede llevar a los adultos a deprimirse? ¿Cómo participa la satisfacción sexual en este sentido? Sabemos que las endorfinas liberadas por el orgasmo tienen una poderosa acción ansiolítica, antiestrés y analgésica, entonces no ha de ser menor la importancia de la función sexual en la protección de la salud en el contexto de la vida moderna.

En 1966 la antropóloga Dra. Helen Fisher<sup>4</sup> y su equipo iniciaron el estudio del amor romántico. Los primeros resultados establecieron que el amor romántico es común en el mundo entero. Encontró que en 150 sociedades donde se observara se encontraban evidencias de amor romántico. Gente cantando canciones de amor, leyendas, poemas, magias, pócimas, suicidios, homicidios por amor, gente hablando a los antropólogos del amor. La conclusión es que resulta ser una experiencia universal que, no obstante, no siempre es vista como algo tan positivo, debido a que en muchas culturas el matrimonio ha sido tratado como una tradición enlazada al negocio: casarse con la mujer correcta, del clan correcto, del parentesco que corresponde para incrementar riquezas familiares.

También hay quienes creen que el amor romántico es una fuerza material, que puede hacerte inestable en el mejor de los casos y lo que es peor, aburrirte y establecer de hecho incómodas obligaciones familiares.

Ciertamente el amor no aparece como una fuerza estabilizadora. En Estados Unidos 50-70% de los homi-

cidios femeninos son cometidos por amantes y esposos y 1 millón de mujeres en ese país son anualmente apuñaladas por 400 mil hombres. En un estudio reciente citado por la Dra. Fisher en 140 ingresos hospitalarios en las últimas dos semanas, hay registros de 40% de depresiones clínicas en mujeres, 12% severa. Una de las preguntas realizadas fue: ¿has sido abandonada por alguien que tú realmente amabas? Un 95% contestó que sí. También 95% respondió que ellas a su vez habían abandonado a alguien que las amaba. La evidencia sugiere que el amor trae tremendo éxtasis y también profunda aflicción.

En este trabajo compartiremos información sobre vías nerviosas y tipos de amor. En el contexto de una realidad social donde la depresión y la angustia se constituyen un problema de salud pública, se abordará la pregunta por los riesgos del uso de antidepresivos para el amor de pareja o amor romántico, invitando siempre a buscar clínicamente explicaciones integrativas para el estado de enfermedad. El objetivo es facilitar al clínico elementos para balancear costo-beneficio en sus evaluaciones, decisiones y opciones terapéuticas.

## LAS VIAS NEURALES DEL AMOR

Existen tres sistemas involucrados en el amor en tres zonas diferentes del cerebro y que responden a diferentes funciones: impulso sexual, amor romántico y apego de pareja<sup>5</sup>.

El impulso sexual es uno de los sistemas cerebrales primarios que evolucionaron para el cortejo, apareamiento y reproducción. Tiene por función motivar a hombres y mujeres a iniciar contacto sexual con un amplio rango de parejas. Produce atracción y orientación a la cópula, una sensación de satisfacción general, gratificación, sin orientación a un objeto (persona) en particular. El sexo favorece la recombinación genética y promueve la variabilidad y formación de heterocigotos. Las vías involucradas son las dopaminérgicas, y la función de la testosterona es crucial.

El amor romántico habría evolucionado para habilitar a hombres y mujeres en focalizar su atención en el cortejo de individuos específicos y así economizar tiempo y energía para el apareamiento. Una sensación de bienestar inicial da lugar a la pasión, enamoramiento y encantamiento (*in fatuation*). Hay vaivén anímico, no se puede dejar de pensar ni de desear estar con la otra persona. Es un estado ansioso comparable al "crabbing" del estado adictivo. Aquí se produce aumento de

<sup>4</sup> Brain In Love. Dra. Helen Fisher, antropóloga. Conferencia grabada realizada en la Reunión Anual de la APA, N. York, 2004.

<sup>5</sup> *Ibid.*

la actividad dopaminérgica y noradrenérgica, con baja actividad de serotonina.

El sistema neural de apego tendría por función motivar a hombres y mujeres a mantener la pareja el tiempo suficiente para cuidar un niño a través de la infancia. Esto ocurre en cuatro a siete años. En el amor de apego encontramos paz, duración y la estabilidad de la pareja permanente. Aquí se observa aumento de ocitocina y de vasopresina. La ocitocina se libera a través de caricias y la piel de las mujeres tiene diez veces más ocitocina que la de los hombres. Inhibe el eje HHA, teniendo un efecto antiestrés.

Estos tres sistemas están interconectados habitualmente, sin embargo pueden llegar a desconectarse entre sí. Las interrogantes que surgen en torno a ellos es si están asociados a distintos tipos de comportamiento, a la secreción de distintas sustancias químicas, o si tienen distintos ritmos. Si es lo mismo el enamoramiento por unos días que el de larga duración; o si es el apego la evolución de la tolerancia hacia un solo individuo.

Se sabe que hay individuos que pueden enamorarse por tiempos cortos y otros pasar enamorados largo tiempo. Hay quienes necesitan estar enamorados todo el tiempo y otros desarrollan un apego más permanente. Hay quienes raramente se enamoran mientras otros desarrollan un apego profundo y sostenido. Sin duda hay componentes culturales y biológicos en cómo las personas varían en su forma y habilidad para el enamoramiento y el apego, de acuerdo a la química cerebral.

Cada uno de los tres sistemas cerebrales varía en su curso último, sabemos que el sexo tiende a declinar y probablemente que el apego tiende a crecer. Fisher, observando comportamientos de parejas casadas y divorciadas en diferentes sociedades, registrados en los archivos demográficos de las Naciones Unidas, encontraron que la mayoría de las parejas separadas lo hace al final de los 20 e inicios de los 30 y lo único significativo es que a mayor edad y mayor número de niños existen mayores probabilidades de permanecer juntos. Esto sugiere que el sistema de apego en el cerebro se fortalece a medida que se envejece, aunque no hay ninguna prueba hasta el momento.

Fisher piensa que el amor romántico y su red cerebral puede ser gatillado o activado en cualquier momento de la vida: "Por ejemplo, un niño de 8 años puede describir perfectamente el estar enamorado de una compañera de clases, a la vez que se encuentran personas de 60, 70 y 80 años que se enamoran locamente. El sistema puede funcionar en cualquier época de la vida y se mantendría por razones evolutivas. Estos sistemas se conectan unos con otros; conoces a alguien y te enamoras, o de repente te enamoras de un amigo

o amiga: cualquier cosa que haga o diga, el modo como camina, pueden resultar excitantes sexualmente para ti. Hay muchas cosas que pueden explicar esto y en ello la biología juega un papel"<sup>6</sup>.

La elevada actividad de la dopamina y la norepinefrina puede estimular la producción de testosterona y elevar el deseo sexual. Al revés, la cópula con un amigo puede gatillar inesperadamente el amor romántico. En parte, la elevación de la testosterona lleva al aumento de la actividad de dopamina y norepinefrina y al amor romántico. Por eso Fisher recomienda no tener sexo con una persona de la cual uno no quisiera enamorarse, porque esto podría llegar a ocurrir. Aún más, el orgasmo aumenta el nivel de ocitocina y vasopresina asociado al apego y crea la sensación de unión cósmica.

Debido a que estos sistemas cerebrales se gatillan unos a otros, los investigadores se preguntan sobre el peligro de tomar serotoninérgicos, por la posibilidad de alterar la proporción entre Dopamina, Norepinefrina y Serotonina, arriesgando la habilidad para enamorarse.

Estos sistemas interactúan entre sí de muchas otras maneras. Por ejemplo, el amor romántico puede ponerse en riesgo con el aumento del apego, ya que los altos niveles de ocitocina y vasopresina pueden interferir con vías dopaminérgicas y noradrenérgicas. En parte puede suceder que mientras el apego crece en una relación se socaven los sentimientos de pasión, lo que haría difícil sostener una relación romántica en un matrimonio de larga data, pues los niveles elevados de ocitocina y vasopresina interfieren de algún modo. Lo anterior lleva a pensar que el modo de mantener el romance en una relación larga es hacer cosas novedosas juntos, ya que la novedad eleva los niveles de dopamina y norepinefrina y pueden reiniciar este sistema cerebral.

Estas interacciones pueden causar otra serie de problemas. El aumento de testosterona puede suprimir la ocitocina y vasopresina y hay datos que sostienen que hombres con muy altos niveles de testosterona tienden a casarse menos a menudo, ser más abusivos en el matrimonio y divorciarse más regularmente. Al revés, también es cierto que mientras un hombre sostiene un bebé los niveles de testosterona disminuyen porque los niveles de ocitocina y vasopresina aumentan.

A pesar de que estos sistemas se conectan de muchas maneras, el problema es cuando no están conectados. Alguien puede sentirse muy profundamente apegado a una pareja de larga data y también enamorarse de otra persona intensamente; es decir, sentirse atraído sexualmente por una persona, al mismo tiempo

<sup>6</sup> *Ibid.*

que está relacionado con otra pareja. Seguramente se es capaz de amar a más de una persona a la vez. De hecho puedes pasar de estar encantado con alguien hacia un profundo apego a alguien otro y comprometerte con este último. Esto ocurre porque los sistemas se desconectan entre sí.

Probablemente millones de años atrás estos sistemas llegaron a diferenciarse en función de conducir a nuestros ancestros hacia el preferir una pareja sexual, una persona en particular, formar un vínculo y criar niños como un equipo. Es posible que pudieran permanecer desconectados de modo que ellos además de un vínculo con un individuo pudieran copular con otros próximos. Millones de años atrás pudo haber sido así, y aún ahora, un macho puede tener crías con una mujer y ser capaz de copular con otra mujer y tener otro par de hijos, de modo que la cantidad de genes disponibles para la próxima generación se dobla, seleccionando para esos niños sobrevivientes lo que quiera que sea que pase en su cerebro ligado a la conducta de adulterio. Si una mujer miles de años atrás se apegaba a un macho y ocasionalmente copulaba con otro y tenía niños con más de un hombre, esto se podría interpretar como una suerte de política de seguro para conseguir recursos para su prole.

En conclusión, dice Fisher, “encontramos a un animal humano, con el tremendo impulso a buscar el sexo, a unirse, a apegarse y también con la tendencia al adulterio y al divorcio. Si está en las hebras del ADN lo que sea que explique lo que la gente puede dramáticamente cambiar, no se puede afirmar. Sólo que tenemos estos tres sistemas cerebrales”.

## ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA Y MEDICACIÓN EN LA FUNCIÓN SEXUAL

Los exactos mecanismos que explican el quiebre del estado de salud mental continúan siendo estudiados. El modelo básico de las aminas cerebrales para explicar los estados depresivos se hace insuficiente y su revisión anuncia nuevas perspectivas. La integración neuropsicoendocrinoinmunológica incluye imbricados y complejos sistemas de comunicación y modulación intercelular cuyas bases estructurales están genéticamente determinadas pero donde la neuroplasticidad de agrupaciones o circuitos asociativos son influidos ambientalmente. El estrés impactará la plasticidad neuronal según su intensidad, duración, momento del desarrollo y vulnerabilidad del cerebro en cuestión, y en la dinámica homeostática participarán hormonas, neurotransmisores, receptores, transportadores, interleuquinas, etc.; en definitiva, proteínas que codifican

y transmiten señales de información de un órgano/sistema a otro. En qué momento y a causa de qué mecanismos un sistema de regulación o modulación deja de ser efectivo y aparece la sintomatología atribuida al “sistema nervioso” es lo que se intenta dilucidar a través de la investigación experimental y también imaginar a través de la anamnesis e investigación clínica con cada paciente. Incorporar la dimensión amorosa y sexual muchas veces es difícil para los médicos, sin embargo es de suma importancia para efectos de diagnósticos, tratamiento, rehabilitación y prevención secundaria.

La enfermedad psiquiátrica puede resultar en disfunción sexual en tasas mayores que la población general debido a cambios en los esteroides sexuales (estrógenos, testosterona y prolactina) y los neurotransmisores, dopamina, norepinefrina y serotonina principalmente, aunque también la acetilcolina y en reciente estudio el sistema inhibitorio gabaérgico. La depresión mayor se asocia con disminución de la libido y problemas de excitación en el 50% a 80% de los pacientes, mientras que el tratamiento con antidepresivos puede impactar negativamente la función sexual en un 25% a 50% de los pacientes, dependiendo de la medicación específica. La comorbilidad y el uso de múltiples medicamentos puede aumentar la disfunción sexual en individuos con enfermedad psiquiátrica<sup>7</sup>.

Fortalecer la función serotoninérgica parece ser el primer contribuyente de disfunción sexual con medicación antidepresiva. Ocurre a través de efectos en vías dopaminérgicas y noradrenérgicas centrales involucradas en el deseo y la excitación y efectos periféricos indirectos en norepinefrina y óxido nítrico además de efectos directos en la sensación y vasocongestión. Se pueden afectar todas las fases de la respuesta sexual: disminución o ausencia del deseo, alteración de la capacidad de excitación, de la función eréctil, la capacidad orgásmica y eyaculatoria.

Los desórdenes de ansiedad también afectan negativamente la función sexual en distintas etapas. Destacan la ansiedad sexual, con torpeza conductual, culpa y vergüenza sexual, afectación de la respuesta eréctil y eyaculación precoz. Un resultado habitual es la evitación del contacto amoroso por temor al fracaso experimentado. El tratamiento farmacológico de la ansiedad es necesario para la calidad de vida general del indivi-

<sup>7</sup> Anita H. Clayton, M.D. Psychiatric illness and effects of antidepressant medication. Syllabus and APA Annual Meeting, 2004

duo afectado y su adaptación a los requerimientos del medio en que está inserto. Son los antidepresivos, de preferencia serotoninérgicos, los fármacos utilizados para tratar el espectro ansioso y por ello debe integrarse una estrategia de abordaje de la función sexual como parte del tratamiento. La psicoterapia debe, además de explorar los factores relacionados con la pérdida de la salud, incrementar el repertorio de habilidades de manejo de emociones y de destrezas sociales, tanto en cuadros depresivos como ansiosos.

La sobrestimulación adrenérgica de la conducta puede potencialmente estar relacionada con disfunción sexual y ser exacerbada por tratamiento antidepresivo. Es probable observar en personas que padecen bipolaridad suave que no ha sido diagnosticada, un aumento del desempeño sexual con el uso de antidepresivos. Esto es una señal de alerta de probable ciclaje farmacológico para el clínico.

Otro tipo de fármacos que actúan en receptores de aminas cerebrales pueden producir efectos adversos en la función sexual. Por ejemplo, el bloqueo de receptores noradrenérgicos Alfa 1 produce somnolencia, sedación, congestión nasal, inhibición de la eyaculación e hipotensión ortostática. El bloqueo de receptores alfa 2 puede producir priapismo. El bloqueo de receptores beta 2 induce trastornos extrapiramidales, galactorrea, amenorrea e impotencia. Broncodilatadores, antialérgicos, antiulcerosos, antihipertensivos, pueden tener este tipo de efectos secundarios.

Cerca del 50% de hombres y 30% de mujeres con enfermedad psicótica reportan dificultades sexuales. A su vez el tratamiento con antipsicóticos puede producir hiperprolactinemia dosis-dependiente debido a antagonismo dopaminérgico en el sistema tuberoinfundibular. En general los antipsicóticos atípicos parecen tener menores efectos negativos en la función sexual que los antipsicóticos convencionales.

La Dopamina se relaciona con la motivación, el incentivo, el inicio y continuación de un plan de acción. Involucra las funciones y procesos atencionales. Un aumento de tono dopaminérgico produce ensimismamiento, inflexibilidad y perseveración. La disminución del tono se correlaciona con pérdida de la posibilidad de satisfacción de necesidades internas, desinterés, déficit atencional y señales de depresión inhibida.

Así, tanto la enfermedad psiquiátrica como sus tratamientos pueden afectar la función sexual, contribuyendo a falta de adherencia a la medicación y/o a disminuir la calidad de vida ya que la experiencia amorosa otorga un sentido existencial de bienestar, valoración, seguridad, pertenencia, refuerza las experiencias emocionales positivas, la autoestima y el ape-

go. Las endorfinas que se liberan masivamente en un orgasmo (por la vía que sea) actúan como ansiolíticos y antidepresivos endógenos, además de tener efectos favorables sobre todos los sistemas del organismo. Esto debe ser permanentemente recordado por los clínicos interesados no sólo en la recuperación sino en la prevención secundaria.

### **RESTABLECIENDO EL EQUILIBRIO PERDIDO: HABLAR DE FUNCIÓN SEXUAL Y MEJORAR LA ADHERENCIA A TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO**

Aproximadamente 40% de pacientes recibiendo medicamentos antipsicóticos o antidepresivos habrán de suspender el tratamiento al final de los primeros cuatro meses de tratamiento. Al menos 25% de estos pacientes atribuyen la suspensión a efectos adversos. Cuando los pacientes discontinúan tratamiento farmacológico por razones sexuales son a menudo retiscentes a informarlo voluntariamente al tratante o a futuros médicos, por vergüenza y/o culpa de la decisión<sup>8</sup>.

Los médicos rutinariamente evitan discutir de sexo con sus pacientes, sin embargo pueden implementarse estrategias simples para reforzar la adherencia a tratamiento, consistentes en abordar tópicos sexuales, comenzando en la primera consulta y avanzando a través del tratamiento. Obtener una historia sexual ensayando técnicas que faciliten respuestas honestas. Ej: ¿qué tipo de dificultades ha encontrado para obtener el tipo de placer o satisfacción que le gustaría? Oportunamente se hace necesario indagar acerca de trauma físico y sexual.

Después de iniciar un medicamento, preguntar por efectos colaterales, incluidos los que afectan la sexualidad, es parte de reforzar la adherencia a tratamiento. Una vez que el paciente se siente cómodo hablando de disfunción sexual, ayudar a manejar psicológicamente el problema y a emplear estrategias prácticas con intervenciones que capaciten al paciente para manejar la función sexual, incluido el manejo de presiones ejercidas por su pareja.

El paciente debe saber que si un tratamiento antidepresivo genera efectos adversos es un asunto que puede manejarse con diversas alternativas. Puede informarse que si no hay recuperación del deseo sexual dentro de ciertos plazos, el tratamiento puede ser potenciado con otro antidepresivo que balancea los sistemas de neurotransmisión en juego. El bupropión

<sup>8</sup> Philip R. Muskin. M.D. *Improving medication compliance: talking about sex.* Syllabus & APA Annual Meeting, 2004.

ha demostrado esta utilidad. En el caso de disfunción eréctil, agregar sildenafil puede ayudar a resolverlo si una persona lo desea<sup>9</sup>.

Dado que la disfunción sexual puede ser peor en la fantasía que en la realidad, y que muchos pacientes requieren educación acerca de sí mismos y cómo ellos necesitan ahora abordar tener sexo, la discusión de incorporar a las parejas también se puede llevar a cabo. Derribar mitos respecto de la sexualidad de parejas homosexuales es un desafío y una necesidad contemporánea, que puede lograrse abriendo honestamente el tópico con ellos(as)<sup>10</sup>. Recordar a los pacientes que desean tener sexo lo novedoso que pueden haber hecho en momentos de su vida y reforzar que tienen la habilidad de cambiar las cosas en su comportamiento sexual, para mejorar su satisfacción.

Tomar en cuenta la etapa del ciclo vital individual y de pareja es un elemento orientador; como lo es manejar las enfermedades intercurrentes con sus tratamientos, muchos de los cuales también afectan la función sexual. Los anticonceptivos orales, dependiendo de su contenido, pueden afectar de modo distinto a diferentes mujeres, produciendo síntomas depresivos en algunas y disminución del interés sexual. En otras ocurre al revés. Hay que indagar la respuesta individual al uso de fármacos específicos.

La consejería de parejas jóvenes, recién casadas o con el primer bebé, respecto a cómo están logrando satisfacción de pareja en el terreno de la comunicación afectiva y sexual, como parte de su calidad general de vida y salud, es materia de los clínicos de cualquier especialidad. Cuando el climaterio femenino afecta la función sexual puede beneficiarse con la terapia de sustitución hormonal<sup>11</sup>. El climaterio masculino requiere de mayor estudio y documentación. Un estudio chileno revela una prevalencia de disfunción eréctil de 52% en varones mayores de 44 años<sup>12</sup>. Es aconsejable intentar reconocer alguna dificultad que pudiera requerir atención de otro profesional calificado.

## COMENTARIOS

El logro de una vida sexual satisfactoria y estable beneficia en forma inmediata a dos personas en su estado general de salud y calidad de vida. Un cambio en dicha función puede ocurrir rápidamente y en cualquier dirección, aun cuando la relación de pareja sea muy buena. Por lo tanto, estar atentos a la función sexual y la comunicación afectiva y su efectividad en la vida de pareja es materia de los equipos de salud que intervienen en la población consultante.

Específicamente, conocer las vías del amor nos permite desmitificar, desculpabilizar y comprender la complejidad y multiplicidad de posibilidades que las personas encontramos a lo largo de la vida en común. Nos hace visibles recursos muy próximos como pensar que una mujer estresada por el cuidado de niños pequeños y el trabajo doméstico podría calmarse con rapidez a través de caricias de su piel, lo cual fortalece el apego de pareja, brinda estabilidad a la familia y favorece el desarrollo de los niños. Más aún, el orgasmo optimiza los beneficios de la vida en pareja a través de la liberación de endorfinas y prolactina.

Otros aspectos para reflexionar: ¿Cuál de estas vías será estimulada con la publicidad dirigida a vender autos, alcohol, tabaco, yeans, a través de una imagen erotizada? ¿Y la pornografía? Conocer sus implicancias ayudaría a prevenir opciones con resultados inesperados.

En definitiva, la sensibilidad de las vías nerviosas que captan el ambiente y su inestable equilibrio invita a los clínicos a la delicadeza de toda intervención en estos sistemas, sea a través de la palabra o de los psicofármacos. Conocer y respetar las fortalezas y fragilidades de la experiencia humana y las vías nerviosas que participan en ella nos facilitará la organización de prioridades, tiempos, información y recursos, para ayudar a quienes nos consultan, a reestablecer el balance de su salud, tomar conscientemente el control de sus vidas y prevenir recaídas.

<sup>9</sup> Matthew J. Taylor *et al.* Strategies for managing antidepressant-induced sexual dysfunction: systematic review of randomised controlled trials. *Journal of Affective Disorders*. 88. 2005.

<sup>10</sup> Serena Y. Volpp. Talking to Gay patients about sex: what do they need to know? Syllabus & APA Annual Meeting, 2004.

<sup>11</sup> Blumell JE *et al.* Prevalencia de los trastornos de la sexualidad en mujeres climatéricas. Influencia de la menopausia y la terapia de reemplazo hormonal. *Rev Méd Chile* 2002.

<sup>12</sup> Venegas JA, Báez R. Prevalencia de disfunción eréctil en Chile. *Rev Chilena de Urología*, N° 3, 2004.



ENSAYO

# ANTE LA LEY: A PROPÓSITO DE LA RELACIÓN DEL NEURÓTICO OBSESIVO CON LA LEY Y SU RELACIÓN CON EL DESEO

(Rev GPU 2007; 3; 2: 148-155)

Niklas Bornhauser<sup>1</sup>

**A partir de la constatación del reciente incremento de diferentes manifestaciones de la angustia, se propone esclarecer la relación entre la angustia, en tanto disposición afectiva fundamental, y la constitución de subjetividad en general. Para ello se discute, desde un punto de vista psicoanalítico, la compleja relación entre el deseo y la Ley. Lo anterior es efectuado a través del análisis de un caso de neurosis obsesiva, estructura subjetiva que ilustra, de manera ejemplar, la relación ambivalente del neurótico con la Ley y sus repercusiones en el dinamismo subjetivo.**

Actualmente ha sido constatado un notorio incremento de diversas patologías ligadas, en un grado variable, a la angustia, lo que ha arrojado una serie de interrogantes, tanto de orden individual como colectivo, que, en su conjunto y en particular, han impreso un sello característico al debate contemporáneo. Al mismo tiempo, desde hace algún tiempo, con respecto a las dinámicas psíquicas contemporáneas se ha hablado de una declinación, un decaimiento o incluso de un desfallecimiento {*Untergang*} de la función paterna (Kristeva, 1993; Verhaege, 2003) y de los consiguientes cambios en los modos de relacionarse con la Ley. Dado que el análisis de la angustia por sí o como tal –es decir, tratándola como si fuera un “en sí” o una sustancia autorreferente y hermética, que se basta a sí misma– al menos en

psicoanálisis carece de interés y recién se convierte en una empresa productiva a partir del momento en que logramos inscribir dicho examen en un determinado campo de significación y articular al concepto en cuestión con alguna noción emparentada, ya sea por la vía de la afinidad o de la oposición, propongo entrelazar las dos observaciones anteriormente expuestas y, en un primer momento, analizar la incidencia de la llamada función paterna en la constitución subjetiva en tiempos “postmodernos” a propósito del neurótico obsesivo y, en un segundo instante, discutir su resultante relación con la Ley y las consecuencias que de ello se desprenden para la aparición y tramitación de la angustia.

Se ha escogido la neurosis obsesiva, en primer lugar, por el hecho de que ésta no solamente se ve aque-

<sup>1</sup> Psicólogo. Instituto Psiquiátrico Dr. Horwitz Barak.

jada de una sintomatología íntimamente ligada a la angustia sino que, de modo adicional, en ella el papel de la angustia constitutiva se deja retratar con particular nitidez. En segundo lugar, en la neurosis obsesiva, según nos confirma la clínica, se establece una particular relación con la Ley, con lo que se ofrece como una modalidad subjetiva idónea para la discusión propuesta, centrada, principalmente, en la relación existente entre la angustia y la Ley a propósito de la constitución del sujeto.

Así como en psicoanálisis no es posible construir una doctrina teórica cierta e inamovible, una especie de doxa irrefutable e infalible, sobre “conceptos básicos claros y definidos con precisión”, pues, en realidad, como observa el propio Freud, ninguna ciencia, ni aun la más exacta, empieza con tales definiciones (1920), se debe partir por la descripción de determinados fenómenos, que luego, en un segundo momento, son agrupados, ordenados e insertados en un conjunto remisional de la significatividad {*Verweisungszusammenhang der Bedeutsamkeit*} dinámico y abierto, sujeto a un constante proceso de reordenamiento. Lo anterior vale en especial para el concepto de sujeto, una noción, parafraseando a Derrida (1987), al mismo tiempo imprescindible e imposible, principalmente debido a su carácter fundamental y su compleja y múltiple sobredeterminación. En consecuencia, en el caso del sujeto, conviene no partir por la asunción de una suerte de esencia apriorística, una entidad definida, cerrada y clausurada, que precede a las correspondientes indagaciones acerca de su naturaleza, sino, más bien, proceder por la vía del análisis de los correspondientes modos de constitución subjetiva, tendientes a construir y deconstruir el concepto resultante de sujeto.

Una vez enfocadas las reflexiones en torno a la problemática de la constitución subjetiva, resalta como una de sus características más distintivas el hecho de que ocurre, en su transcurso, un viraje desde la angustia siniestra, ominosa {*unheimlich*}, innombrada e innombrable, hacia una amenaza más recortada, más aprehensible, encauzada por las vías de la simbolización, un giro que se debe, como se adelantará en este lugar, principalmente, al actuar del padre simbólico. El paso a ser distinguido *après-coup*, que va desde el terreno mítico, desbordante y acéfalo de la anarquía irregular de las mociones pulsionales desatadas hacia su inscripción en las vías reguladas del deseo, solamente puede ser explicado mediante el recurso explicativo del actuar retroactivo de una función paterna, encargada de soportar e introducir el registro de la Ley (Lacan, 1955-56, 1956-57). Si bien lo anterior es común a toda estructura subjetiva, el modo en el cual se va agenciando y

administrando dicha imposición varía enormemente en la clínica del caso a caso, como intentaré señalar a continuación.

El tránsito desde la *jouissance* terrorífica, espeluznante y sobrecogedora hacia el placer posible, apacible, guarda relación, entonces, con la instauración de la Ley del lenguaje sostenida por el padre simbólico. El consecuente orden discursivo, instaurado por la Ley paterna, permite que el sujeto emprenda el intento –fallido, siempre logrado a medias– de nombrar lo indecible, cercando, rodeando, perimetrando el sustrato “real”, fondo y suelo de la experiencia de lo excesivo e insoportable, en suma, de lo excesivamente insoportable.

Todo lo dicho con anterioridad se aplica inespecíficamente al amplio y lato universo de los sujetos –neuróticos–, cuya subjetividad se conforma y consolida al interior de la correspondiente trama socio-simbólica. El paso decisivo, mediante el cual el sujeto singular y particular trasciende a la difusión, la indefinición y el anonimato de la masa, al menos en Freud, nos reenvía de inmediato al problema del mito, concretamente el mito de la horda primordial, en cuyo centro se encuentra la figura de “un padre violento, celoso, que se reserva todas las hembras para sí y expulsa a los hijos varones cuando crecen” (Freud, 1923 [1912-13], p. 143). La relación de cada uno de los miembros del clan de los hermanos, que lentamente va cobrando forma en torno a la resistencia, hacia esta figura omnipotente, despótica y opresora es descrita por Freud como ambivalente, es decir, como marcada simultáneamente por odio, aversión y aborrecimiento, así como por amor, adoración y admiración. La disposición emocional ambivalente, descrita en un contexto narrativo ficticio que, en contra de lo sostenido por ciertas lecturas empíricas y excesivamente literales del texto freudiano, no reclama fundamento fáctico alguno, marca irreversiblemente el transcurso del complejo de paternidad, tanto en el caso de los míticos hermanos de la horda primordial como en los sujetos neuróticos de la actualidad.

En la configuración subjetiva del neurótico operó, entonces, un proceso que arranca en un momento ahistórico, situado en un instante exterior y previo a la historicidad, radicado en la temporalidad singular que distingue al mito: el significante ordenador, el significante del Nombre-del-Padre, que juega el papel de metáfora fundante, a partir de la cual emerge la significación fálica ligada a la castración. Actúa, en ese sentido, como figura interdictora absoluta, ligada a los múltiples e (im)propios orígenes del lenguaje, y cuya función, transferida a los momentos lógicos del complejo de Edipo, consiste en separar al hijo incipiente, desamparado e inerme, que en aquel momento es poco

más que un proyecto, de la madre, respectivamente, de su deseo insaciable y amenazante.

Sin embargo, nos recuerda Freud, todo padre cumple imperfecta y fallidamente la función a la que es convocado y las correspondientes fallas, omisiones y deficiencias paternas, acontecidas precisamente en el lugar donde dejan al hijo desvalido, expuesto al incestuoso deseo materno, son restituidas por los respectivos síntomas neuróticos, cuya conjunción plástica y cambiante conforma la singularidad inconfundible de cada sujeto en particular.

La función prohibitoria, que el padre se ve convocado a ejercer, impone la desmaterialización del vínculo sexual con el objeto primordial, signada por la categórica emergencia del *no*, al mismo tiempo marca de la pérdida de la cosa {*das Ding*} y testimonio de la producción psíquica sostenida por el juego asociativo significativo. El sujeto, por consiguiente, no solamente es constituido pasivamente, sojuzgado, sometido, mediante la violencia e insensatez de un acto crudo de subjetivación, sino que comienza a construir su subjetividad en tanto logra dramatizar, mito mediante, la pérdida del objeto primordial y el anhelo de su imposible reencuentro.

Las fallas puntuales y locales en el ejercicio de la función paterna se corresponden necesariamente con una relación positiva hacia la materialidad pulsional recientemente aludida, puntos de anclaje irreductibles a la metaforización y que hablan de una perfecta negativización del objeto primordial.

La correspondiente inscripción del sujeto en el lenguaje, acto inaugural situado en el límite entre una prehistoria, ajena a todo orden significativo y la historicidad propia del devenir del sujeto, remite, en todo neurótico en general, pero, en el caso del neurótico obsesivo en particular, al crimen primordial, al asesinato del Padre, odiado y amado, un acto violento y brutal, que funda a la Ley en su obediencia retrospectiva. El sujeto, nos dice Freud, se constituye en un acto –parricida– que sólo es significado retroactivamente, *nachträglich*, *après-coup*. Dios-Padre, por consiguiente, se constituye en su muerte, superación y homicidio, en condición del surgimiento y de la transgresión de la Ley. La eliminación del padre, que significaba un obstáculo infranqueable para la realización de sus mociones pulsionales, debido a su investidura libidinal ambivalente, favorece la aparición de la culpa y del arrepentimiento aún más fuerte de lo que fuera en vida” (Freud, 1913 [1912-13], p. 145). Ésta funda a un sujeto que se sostiene culpable intentando conservar la idea enaltecida, sobrevalorada de un Dios sin falta, lo que restituye la supuesta integridad, exaltada a posteriori de un Padre perfecto, completo, inmaculado.

En el caso de la neurosis obsesiva el sujeto mantiene una ambivalencia específica con respecto a la Ley, ambivalencia que lo determina y condiciona en varias de sus dimensiones tanto constitutivas como periféricas o derivadas. Es dicha ambivalencia la que nos servirá como hilo conductor a través del polifónico entramado simbólico, en que se sostiene la siguiente viñeta casuística.

A., un estudiante de biología de 29 años de edad, tras una serie de derivaciones previas que lo desplazan metonímicamente de una especialidad médica a otra, llega al Centro de Atención en el cual es atendido afirmando, por un lado, que “no tengo nada”, insinuando, por el otro, que “en una de esas, tengo algo más”. Su preocupación inaugural, en principio, se relaciona con la sospecha de un eventual déficit atencional, categoría diagnóstica y explicativa aportada por parte del discurso médico como significativo amo, que viene a nombrar y resolver, al menos parcialmente, que le va mal, que no rinde, que se ha echado varios ramos, que sufre una incapacidad crónica de “aprobar los exámenes”. No obstante, la insistencia con la cual retorna la pregunta inicial del propio paciente con respecto a su aparente incapacidad de responder en situaciones de examen, interrogante bloqueada o taponeada por la categoría biomédica anteriormente aludida, apunta a un eventual o posible más allá, un ámbito que se ubica *au-delà*, *beyond* o *jenseits* del dominio del placer y de la aparente y engañosa (auto)transparencia del sujeto.

De manera concordante con el carácter sádico-anal –establecido por Freud tempranamente en *Carácter y erotismo anal* (1908) como “orden, ahorratividad y pertinacia” (Freud, 1908, IX, p. 155) y resumido anteriormente como “avaricia, minuciosidad pedante y terquedad” (Freud, 1917, XVII, p. 117)–, ya en las primeras entrevistas se dejan entrever los rasgos de carácter en cuestión, donde la prolijidad o la meticulosidad incluye tanto el aseo personal como la escrupulosidad en el cumplimiento de pequeñas y no tan pequeñas obligaciones formales, donde el carácter ahorrativo puede parecer extremado hacia la avaricia, la tacañería o la mezquindad, alternándose, a su vez, con periodos de extrema generosidad, y finalmente, donde la obcecación se ve acompañada de repentinos y violentos ataques de ira y manía de venganza.

Los rasgos anteriormente aludidos, derivados de las fuentes pulsionales del erotismo anal, no solamente se distinguen con claridad y nitidez a un nivel que se podría designar como comportamental sino que, asimismo, según se remarcará, se reproducen a propósito de la actualización de la problemática paterna en la relación transferencial.

Lo que, en un principio, si uno se detuviera a un nivel netamente descriptivo, podría ser despachado como una simple fobia a los exámenes o las situaciones de prueba en general, a segunda vista resulta ser un elemento integrante de un cuadro psíquico y una dinámica más compleja. A. comenta que no tiene ánimo de nada, confiesa que le “da lata estudiar”, que, en consecuencia, no estudia y que, no obstante, está convencido de que va a ser “un gran biólogo”. Convencimiento subjetivo y rendimiento académico efectivo, en lo referente a esta situación, están separados por una brecha lacerante, una hiancia abismal que separa y une, al mismo tiempo, las pretensiones de grandeza por parte del paciente, tramitadas principalmente a modo de fantasías, y las escasas o insuficientes pruebas de la traducción de dicha aspiración en lo empírico o concreto de su situación.

En efecto, A. relata un nutrido historial de fracasos tanto académicos como extraacadémicos, relacionados siempre con situaciones de prueba, en las cuales, de modo ejemplar, se pone en juego la dialéctica del reconocimiento recíproco. En este contexto, cuenta que los abuelos siempre quisieron que su padre “fuera un cadetito”, deseo al cual el padre se sustrajo con éxito iniciando y concluyendo una carrera relacionada con la ingeniería. Cuando A., a la edad de 17 años, se inscribe en las Fuerzas Aéreas, comienza para él un largo Vía Crucis, adoquinado con numerosos agravios, deshonras y humillaciones. Esta pedregosa y ardua ruta, marcada por el sufrimiento y el padecer, encuentra su abrupto fin cuando le toca dar su último examen, instancia final de puesta a prueba, destinada a acreditarlo para emprender la añorada carrera de piloto. A pesar de que se “sabía perfectamente los pasos que tenía que seguir” sufre un revés estrepitoso, como él relata, producto de una repentina angustia, que lo invade intempestivamente, lo desconcierta y paraliza.

Al reprobar el examen en cuestión, fracaso que lo obliga a abandonar antes de tiempo sus ambiciosas ensoñaciones de convertirse en piloto y, en cambio, lo condena a seguir una carrera administrativa, mucho menos glamorosa y más plebeya, decide retirarse de las Fuerzas Aéreas y, con ello, pierde la valiosa prótesis subjetiva que hasta entonces le había proporcionado la institución militar en tanto masa con líder altamente organizada, duradera y artificial. Con respecto a lo anterior, conviene recordar que el Ejército se funda, por un lado, en que “rige idéntico espejismo (ilusión) [que en el caso de la Iglesia], a saber: hay un jefe [...] que ama por igual a todos los individuos de la masa” (Freud, 1921, XVIII, p. 90-1) y que, por el otro, en su ordenamiento jerárquico, que garantiza que las relaciones paternamente

te aludidas se reproduzcan por segmentos o compartimientos, insertando a los individuos respectivos en un conjunto relacional múltiple, prefigurado y obligatorio. La seguridad y verticalidad de las relaciones institucionalizadas de poder, en la medida en que le asignaban a A. un lugar jerárquico determinado, le habían brindado, hasta aquel entonces, un sostén subjetivo mínimo, que lo afirmaba subjetivamente.

Sin embargo, esta estabilización sintomática pasajera, basada en una ligazón libidinal doble, tanto en relación al líder como a los demás integrantes de la masa, se vendría abajo en un momento crucial, en el cual le tocaba asumir el mandato de los abuelos y pasar por encima de su padre para cumplir el deseo de éstos. Es entonces cuando se produce el descalabro psíquico, dando lugar a una constante postergación de la realización del deseo, un aplazamiento o una posposición destinada a evitar la reactualización del asesinato paterno y el temido encuentro con el goce. Para citar nuevamente a Freud: “La pérdida, en cualquier sentido, del conductor, el no saber a qué atenerse sobre él, basta para que se produzca el estallido de pánico, aunque el peligro siga siendo el mismo; como regla, al desaparecer la ligazón de los miembros de la masa con su conductor desaparecen las ligazones entre ellos y la masa se pulveriza como una lágrima de Batavia a la que se le rompe la punta” (Freud, 1921, XVIII, p. 93). La consecuencia de la desintegración de la masa, respectivamente, la exclusión de uno de sus miembros también la encontramos descrita en Freud –“se libera una angustia enorme, sin sentido” (Freud, 1921, XVIII, p. 91).

A propósito de la inserción del neurótico obsesivo en el imbricado andamiaje, compuesto por relaciones de poder recíprocas, puede observarse que la ambivalencia característica de su economía libidinal se refleja, de manera singular, en su particular relación con la Ley. La mentada ambivalencia, propia del neurótico obsesivo y, más precisamente, de la economía pulsional del mismo, se refleja, de manera ejemplar, en la relación específica que el sujeto mantiene con respecto de la Ley. A partir de un conocido destino de la pulsión, designado por Freud como “trastorno hacia lo contrario”, un destino que puede ser descompuesto en dos procesos radicalmente diferentes –giro o vuelta de una pulsión desde la actividad hacia la pasividad e inversión a nivel de contenido–, y se torna posible que en un mismo sujeto coexistan, por un lado, la adhesión incondicional a la ley, encarnada en un apego ciego al rigor moral, esgrimido bajo una modalidad ostentatoria y, por el otro, su constante flirteo con la transgresión, que se juega, de manera ejemplar, en la escena fantasmática. De este modo, A. es capaz de pasar, de un instante a

otro, de un estado a su símil antagónico u opuesto, o incluso, se puede observar en el paciente, en numerosas ocasiones, cómo en un mismo instante coexisten dos mociones de deseo inconciliables y radicalmente incompatibles.

Así, por ejemplo, A. simultáneamente enjuicia y censura tanto los actos como los pensamientos, tanto propios como ajenos, con un fervor moral rígido e intransigente, al mismo tiempo que se entrega pasiva y voluptuosamente a sus recurrentes y reiteradas ensañaciones transgresoras. La manifestación de deseos, tentaciones e impulsos se anudan, en el psiquismo del paciente, bajo la forma de un círculo vicioso imposible de desglosar, con una sobreidentificación imaginaria, con un conjunto de prohibiciones absolutas y mandamientos imperativos, los cuales, en última instancia sostienen y mantienen el deseo.

La inscripción del neurótico obsesivo en el orden simbólico, que le es impuesto de manera brusca y violenta, transcurre de forma tal que su resultado, su relación hacia este orden y sus representantes, está atravesado por una profunda ambivalencia. “Se somete a este orden, se comporta frente a ella de manera adaptada, incluso devota, y, al mismo tiempo, todas sus aspiraciones tienden a abolir a aquel orden, por el cual se siente amaestrado y encarcelado” (Lang, 2000, p. 140). Las diversas manifestaciones del deseo, de las tentaciones y mociones pulsionales, se entrelazan bajo la forma de un círculo vicioso inseparable e indisoluble, con un complejo de prohibiciones absolutas y mandatos imperativos, cuya interdicción, en última instancia, es la responsable de mantener con vida al deseo.

De la circularidad de los vínculos lógicos anteriormente tratados se infiere que la prohibición (del incesto), en cierto sentido, se invierte en su contrario, pues primero crea lo deseable, a lo cual el sujeto debe renunciar, es decir, se convierte en condición y requisito de su existencia. Lacan, en ese sentido, destaca el siguiente pasaje de la epístola de San Pablo a los romanos, que pareciera afirmar que no existe deseo sin prohibición: “¿Qué pues diremos? ¿La ley es pecado? En ninguna manera. Pero yo no conocí el pecado sino por la ley; porque (tampoco) conocería la concupiscencia, si la ley no dijera: No codiciarás. Entonces el pecado, cuando hubo ocasión, obró en mí por el mandamiento toda concupiscencia. Porque sin la ley el pecado estaba como adormecido” (Jueces, 7:7 – 7:8).

El superyó del neurótico le recuerda permanentemente su renuncia, le señala constantemente aquello que, como consecuencia de la prohibición, le parece deseable y, con ello, se convierte en motor de su deseo. Consiguientemente, se sigue que “sólo en apariencia se

lucha contra la prohibición en tanto represión, en realidad es deseado, porque *la rivalidad mantiene la creencia con vida de que existe un objeto, que promete el pleno y más absoluto cumplimiento* [de deseo]” (Widmer, 1997, p. 120). Por lo tanto, el deseo trasciende la dimensión animal de la mera e inmediata satisfacción pulsional y consiste, más bien, en el cultivar y disfrutar una falta. Uno incluso podría argumentar que el deseo no quiere ser satisfecho y que su meta, si es que es posible atribuirle una, consistiría en la conservación o el mantenimiento de esta falta, con lo que se convierte en deseo de deseo. La fe en el objeto pleno y perfecto del deseo, en la satisfacción incondicional del mismo, es revelada como “falsa creencia” y la escenificación teatral de prohibiciones y de lo prohibido es desenmascarada como un juego dramático ilusionario, una puesta en escena que únicamente persigue el propósito de esquivar el doloroso encuentro con la castración, o sea, la vivencia de que no existe objeto alguno que satisfaga el deseo del sujeto de una vez para todas.

Por lo tanto, no es que la Ley prohíba el deseo, como podría sugerir una primera y apresurada lectura sino que, más bien, la Ley produce el deseo, es a partir de ella que se puede hablar de un deseo. Al mismo tiempo, puede ser determinado que el fin real de la Ley no es que sea el deseo sino su más allá, el goce. La pregunta decisiva del neurótico, de esta manera, ha de ser reformulada de la siguiente manera: ¿Cuán lejos puedo ir en mi aspiración por gozar hasta que desaparezca, hasta que me disuelva, hasta que me pierda en tanto yo? La ambivalencia del paciente ha de ser sometida a una segunda lectura, una relectura, que deberá considerar que la Ley se protege de una transgresión radical e incondicional hacia un gozo ultimativo en el cual se diluirían tanto el sujeto como el Otro. En el caso de A., la explicación de dicha ambivalencia yace en el hecho de que la posición legalista incondicional anteriormente descrita no existe sino en razón inversa del deseo inconsciente de transgredir la Ley. En otras palabras, el deseo de A., que apunta constante e imperturbablemente al más allá del principio del placer, al reino indómito y anárquico del goce, se ordena retroactivamente por la acción del significante, recibe a partir de ahí su forma y consistencia.

La misma relación transferencial, obstáculo y motor del tratamiento, en el caso de A., está atravesada por la mentada ambivalencia. Mientras que, por un lado, sesión tras sesión, tras acudir anticipadamente a ellas, espera pacientemente el inicio de su sesión con el propósito de iniciar, a partir de ahí, un complejo e imbricado ritual, consistente en una serie de gestos corteses, tendientes a asegurarle reiteradamente a su terapeuta

lo bien que le han hecho las sesiones y de enfatizarle cuánto le han servido, por el otro son frecuentes, incluso en una misma sesión, las devaluaciones y degradaciones, materializadas en exclamaciones como “eso no es un gran descubrimiento” o “tampoco es que (Usted) sea tan seco”. Se reproduce, a nivel transferencial, la ambivalencia hacia el Otro, ambivalencia consistente en la relación de *hainmouement*, odioenamoramiento, que establece el paciente hacia el Padre. En *Zur Dynamik der Übertragung* (1912) se encuentra una de las primeras alusiones, por parte de Freud, a la ambivalencia manifestada en la coexistencia simultánea de tendencias o corrientes transferenciales positivas y negativas, dirigidas hacia una misma persona, ambivalencia atribuida, en el caso del neurótico obsesivo, a una “separación temprana de los pares opuestos” con respecto a la vida pulsional.

A partir de los antecedentes entregados es posible conjeturar “la angustia frente al padre habría sido la más intensa fuerza motora {*Motiv*} para la contracción de su enfermedad, y la actitud ambivalente frente a cada sustituto del padre gobernaba su vida así como su conducta en el tratamiento” (Freud, 1918 [1914], XVII, p. 32). Todo ocurre como si el paciente le negara al analista la calidad de ser un soporte de interlocución psíquica, aun cuando A. se muestra extremadamente afechado a la presencia de su persona, una dinámica que se reproduce, a nivel general, en su economía pulsional.

En relación a lo anterior, es llamativa la radical imposibilidad de A. de obedecer a la regla fundamental, es decir, de vencer la resistencia inicial a asociar “libremente” y a decir todo lo que se le pase por la cabeza, independientemente de lo incómodo, insustancial, insensato o poco valioso de lo que a uno le pueda parecer en el momento. A., que en cualquier otro ámbito se muestra como un ferviente adepto al sometimiento incondicional a las reglas y las leyes, por muy nimias o insensatas que éstas parezcan, adolece de una incapacidad invalidante de seguir dicha regla y de entregarse al flujo de las asociaciones. Efectivamente, A., se podría decir, se resiste con uñas y dientes al advenimiento del proceso de asociación “libre”, que es el terreno mismo en el que el sujeto debe ceder a toda tentativa de control y de dominio de su decir, o sea, donde debe entregarse a la posibilidad del surgimiento inesperado y sorprendente de los efectos y afectos que podrían producirse en él. A. se opone a ello, por un lado, privilegiando el recurso del relato circunstancial y detallista, tendiente a relatar la secuencialidad de los acontecimientos ocurridos entre sesiones con un mínimo de implicación subjetiva, haciendo un uso frecuente de la racionalización, así como, por el otro, ejerciendo un control impasible del tiempo

de las sesiones contabilizando su largo o duración con el propósito de manejar los ritmos de las sesiones y de anticiparse, en la medida de lo posible, a los eventuales cortes o suspensiones.

Las frecuentes críticas, las desaprobaciones y los rebajamientos ya sea de las intervenciones o del terapeuta, agresiones y devaluaciones verbales que alternan con ditirámicos atestiguamientos de estima y admiración, se inscriben en la misma línea ambivalente. De acuerdo a lo anterior, A. se sirve, de preferencia, de la anulación retroactiva, otro de los mecanismos de defensa constatados de manera regular, en la medida en que pone en acto un comportamiento no solamente diferente sino que directamente opuesto al que el sujeto trata de anular, contribuye a la constitución y al sostenimiento de dicha ambivalencia. Se pone en acto, a través de ella, el conflicto fundamental, que atraviesa al neurótico obsesivo y lo coloca en un estado de permanente tensión, tirantez sostenida por los elementos conflictivos permanentes, entre los cuales se debate el obsesivo, a saber, la oposición entre el amor y el odio respecto de un mismo objeto. Por lo general, y el caso de A. lo confirma, es la vertiente del odio la que se esfuerza por anular, extinguir, hacer desaparecer la del amor por la vía de un complejo mecanismo doble de investidura y desinvestidura, característico de la economía del obsesivo, consistente en rehuir su deseo y anularlo tanto como sea posible cada vez que se ve comprometido frente a un objeto. Las críticas, las agresiones verbales bajo forma de devaluaciones del terapeuta, en la medida en que se inscriben en un contexto determinado por el amor de transferencia, han de ser interpretadas en esta última línea.

Finalmente, la estrategia del deseo de A., se podría decir, gira continuamente alrededor de la cuestión del goce del otro. Es respecto de este goce que A. no puede perder nada y que trata, entonces, de controlar y neutralizar todos los signos relacionados mediante sus intentos afanosos de dominio y de control. Nada debe moverse en ese nivel, todo debe quedar detenido, paralizado, y que para que nada se mueva nada ni nadie debe gozar.

Este insólito dispositivo del deseo está sobredeterminado por la problemática de la pérdida, cuya consideración es tanto más imprescindible en la lógica obsesiva, en la medida en que remite inexorablemente a la cuestión de la falta {*manque*}, asunto aludido, aunque sea de pasada, al inicio de este texto. No perder nada, es decir, evitar verse confrontado con la dimensión –constitutiva– de la falta y de la castración simbólica, es, ante todo, neutralizar el deseo, ya que es precisamente la falta, y el obsesivo, en un nivel inconsciente,



esto no lo desconoce, lo que lo constituye y lo relanza como tal. Por ello, el objeto en cuestión queda depositado en un lugar ideal: el lugar del muerto, requisito y condición para que la máquina deseante del obsesivo, basada en la permanente postergación y la imposibilidad de la satisfacción pulsional, funcione a pleno. Eros, en el neurótico obsesivo, está unido indisolublemente a Tánatos, como testimonian los pensamientos que se le imponen al “hombre de las ratas”; varios años después de la muerte de su padre, cuando experimentaba, por vez primera, la sensación de placer ligada al coito: “Pero esto es grandioso! A cambio de ello uno podría matar a su padre” (Freud, 1909, X, p. 158). Visto de este modo, resulta altamente funcional que las relaciones carnales de A., un terreno por sí solo delicado y complicado, sean ejecutadas como una secuencia de encuentros o desencuentros sexuales llevados a cabo torpe y accidentadamente con una mujer fría, gélida, congelada; una mujer muerta.

Dado que el deseo es siempre deseo del otro, enunciado sintético en el cual el fragmento “del” ha de ser entendido en un sentido subjetivo, el obsesivo, consiguientemente, apunta a anular el deseo del otro, pues si el otro no desea, entonces, asumiendo la especularidad inherente a la dinámica y el devenir de su propio deseo, él está resguardado en cuanto a su deseo, puesto que tampoco desea. Por lo tanto, le conviene sofocar el menor indicio de una eclosión deseante ya en su mismo germen o brote, con tal de mantener íntegra la ficción de que al otro no le falta nada, de modo que nunca se llegue a la formulación de la pregunta “*Che vuoi?*”. De lo anterior, con respecto a la relación del obsesivo para con el padre, asunto tratado a lo largo de las páginas precedentes, se sigue la consecuencia de que “el padre deseado por el neurótico es [...] el padre muerto. Un padre que fuese perfectamente dueño de su deseo, lo cual valdría otro tanto para el sujeto” (Lacan, 1960, p. 804).

La estrategia amorosa de A., por lo tanto, consiste en apropiarse de un objeto vivo para transformarlo en objeto muerto y velar escrupulosamente para que lo siga siendo y no amenace con romper ese frágil equilibrio emocional. Con esta única e imposible condición, asunto fundamental en la administración de su deseo, el paciente acepta conocer su objeto de amor y fomentar, aunque sea de manera laberíntica y engorrosa, el difícil proyecto de mantener algún trato con él.

Así como nada es más tranquilizador y amable que un muerto femenino, según nos confiesa A., nada es más inquietante y odioso que una mujer viva, es decir, una mujer deseante, una mujer que permanente e insistentemente demanda – y goza. Recuérdese, sola-

mente, el caso del “hombre de los lobos”, a quien la hermana, tras convertirse en “la corporización permanente de la tentación y el pecado” (Freud, 1918 [1914], XVII, p. 64), terminó engarzándolo en un enmarañado círculo vicioso, compuesto por referencias de reciprocidad lógico-temporales entre la seducción y la confesión. De acuerdo a esto, no hay nada menos soportable para un obsesivo que el hecho de que una mujer pueda gozar sin su consentimiento y beneplácito, aprobación que éste jamás otorgaría, pues con este acto, prohibido e ilegítimo a sus ojos, cuestiona el lugar y estatuto de muerto, tan comfortable, en desmedro de todas las convenciones establecidas. Una muerta que goza es, para el obsesivo, alguien que infringe la Ley y que, además de lo anterior, lo hace sin tener derecho alguno a ello, pues impone necesariamente al deseo de cada cual el estar sometido a la ley del deseo del otro, de lo cual el obsesivo, precisamente, nada quiere saber, pues “nada le angustia más que la posibilidad de que su deseo pueda ser cumplido, dado que, como consecuencia de lo anterior, ha de temer la retaliación o el pago de la ley del Talión, aquel negativo de la ley universal de intercambio” (Lang, 2000, p. 140). El goce femenino induce, en el paciente, una inevitable agitación, que funciona como señal de angustia, que lo impulsa a intentar retomar el control de las operaciones en curso, de tal suerte que las cosas recobren su orden, es decir, el de la muerte del deseo.

Más allá del carácter embrionario o inicial del tratamiento en curso, la cura de A., me atrevo a hipotetizar, pasa por circunscribir y cercar ese núcleo de goce, irreductible a la eficacia del discurso, y sobre el que, en última instancia, se asienta su consistencia subjetiva. Debe pasar, en esa medida, por la inscripción de la infranqueabilidad radical del –propio– límite, saber subjetivo que marca la diferencia entre alguien que alberga y se entrega a la ilusión de que lo prohibido podría consumarse y alguien que sabe de la imposibilidad estructural de la realización de lo interdicto, dado que implicaría la más radical abolición del sujeto y, aunque se halle poseído por la mortificante insistencia repetitiva, sabe que repite, por lo que siempre inscribe algún orden de diferencia.

## REFERENCIAS

1. Derrida J. *Psyché. Inventiones de l'Autre*. Paris: Galilée, 1987
2. Freud S. Análisis de la fobia de un niño de cinco años (1909). *Obras Completas*, X, Buenos Aires: Amorrortu, 1989
3. Freud S. Tótem y tabú. Algunas concordancias en la vida animal de los salvajes y de los neuróticos (1913 [1912-13]). *Obras Completas*, XIII, Buenos Aires: Amorrortu, 1989

4. Freud S. Sobre las transposiciones de la pulsión, en particular del erotismo anal (1917). *Obras Completas*, XVII, Buenos Aires: Amorrortu, 1989
5. Freud S. De la historia de una neurosis infantil (1918 [1914]). *Obras Completas*, XVII, Buenos Aires: Amorrortu, 1989
6. Freud S. Psicología de las masas y análisis del yo (1921). *Obras Completas*, XVIII, Buenos Aires: Amorrortu, 1989
7. Freud S. Carácter y erotismo anal (1908). *Obras Completas*, IX, Buenos Aires: Amorrortu, 1989
8. Kristeva J. *Les nouvelles maladies de l'âme*. Paris: Fayard, 1993
9. Lacan J. *El Seminario. Libro 3. Las psicosis (1955-56)*. Buenos Aires: Paidós, 1984
10. Lacan J. *El Seminario. Libro 4. La relación de objeto (1956-57)*. Buenos Aires: Paidós, 1994
11. Lacan J. Subversión del sujeto y dialéctica del deseo en el inconsciente freudiano (1960). *Escritos 2*. Buenos Aires: Siglo XXI, 1987
12. Lang H. Zur Struktur und Therapie der Zwangsneurose – Der Zwangsneurotiker als "gehemmter Rebel". *Das Gespräch als Therapie*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 2000
13. Verhaeghe P. *Liebe in Zeiten der Einsamkeit. Drei Essays über Begehren und Trieb*. Wien: Turia + Kant, 2003
14. Widmer P. *Subversion des Begehrens*. Wien: Turia + Kant, 1997

## INVESTIGACIÓN

# DESEMPLEO Y SUICIDIO EN CHILE (1990-2001)

(Rev GPU 2007; 3; 2: 156-162)

Mariana Bogado<sup>1</sup>, Cecilia Besa<sup>1</sup>, María Carolina Rabat<sup>1</sup>, Paula Reutter<sup>1</sup>, César Carvajal<sup>2</sup>

**El suicidio constituye un importante problema de salud pública. El objetivo de este trabajo es describir la magnitud y distribución (según sexo, grupo etario y método empleado) del suicidio durante el periodo 1990-2001 y su asociación con el desempleo.**

**MÉTODO:** Se calcularon las tasas de suicidio generales y específicas en base a datos obtenidos del Instituto Nacional de Estadísticas y del Servicio Médico Legal de Santiago. Además se estudiaron los métodos empleados y la correlación del suicidio con el desempleo.

**RESULTADOS:** Las tasas de suicidio muestran un aumento progresivo, alcanzando en 2000 y 2001 los máximos valores de los últimos 50 años en Chile, con una incidencia de 14,4 por 100.000 habitantes mayores de 15 años el año 2001. Los hombres cometen suicidio siete veces más que las mujeres. La frecuencia del suicidio aumenta con la edad en los hombres, mientras que en las mujeres la tasa máxima se observa entre los 15 y 24 años. En Santiago predominan los métodos violentos para ambos sexos. En los hombres en edad laboralmente activa hay correlación significativa entre las tasas de desempleo (del año previo al suicidio) y las de suicidio.

**CONCLUSIONES:** Se observa un aumento en las tasas de suicidio entre 1990 y 2001. En Chile los hombres se suicidan más que las mujeres y a mayor edad, y en Santiago predomina el uso de métodos violentos. El desempleo es una variable que se asocia con el suicidio en los hombres. También se exponen diferencias entre dos fuentes de información de cifras oficiales en nuestro país.

La conducta suicida es un fenómeno complejo, multi-dimensional, que ha sido estudiado desde perspectivas filosóficas, sociológicas y biológicas. A fines del siglo XIX el sociólogo francés Emile Durkheim inició el estudio de este tema como problema de salud pública, definiendo el suicidio como “toda muerte que resulta mediata o inmediatamente de un acto positivo o ne-

gativo realizado por la misma víctima”, y estableció que “hay suicidio cuando la víctima, en el momento en que realiza la acción, sabe con toda certeza lo que va a resultar de ella” (1).

El suicidio constituye un importante problema de salud pública en diversos países, encontrándose dentro de las diez primeras causas de defunción en Europa y

<sup>1</sup> Internas de Medicina, 7º año.

<sup>2</sup> Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes.

Norteamérica (2). En Chile, como en otros países latinoamericanos, se describe una baja mortalidad por suicidio (2). El año 1990 se registró en nuestro país una tasa de mortalidad bruta por suicidio de 5,6 por 100.000 habitantes (3).

Para lograr una mejor comprensión de la conducta suicida es necesario conocer su epidemiología. Esto implica determinar la frecuencia de presentación, la población con mayor riesgo y definir posibles factores asociados. Todo esto con el fin de alertar a las instituciones y profesionales de la salud y crear programas de prevención que estén orientados a reducir las tasas de suicidio.

Existen numerosos factores de riesgo relacionados con el suicidio. Los trastornos psiquiátricos serían los más relevantes, especialmente la depresión, la dependencia de alcohol y drogas, y los antecedentes de conducta suicida previa o actual (4). Se describen también factores asociados como el desempleo, el bajo nivel socioeconómico, los acontecimientos vitales negativos, las familias desestructuradas, las enfermedades médicas de evolución crónica y el vivir en grandes ciudades, los cuales por sí solos no explican el acto suicida (5, 6). Los resultados de investigaciones epidemiológicas señalan que los hombres se suicidan más que las mujeres, a edades más tardías y con métodos más violentos.

El objetivo del presente estudio es conocer la magnitud del suicidio consumado en Chile durante el periodo comprendido entre 1990-2001 y compararlo con cifras de publicaciones nacionales de años anteriores. Además se analizarán otras variables, como la distribución por sexo y grupos etarios específicos, y las posibles diferencias entre los sexos en relación con la edad en que se comete el suicidio. También se analizarán los métodos empleados por los suicidas en Santiago y se buscarán asociaciones temporales entre las tasas de desempleo y las de suicidio para grupos específicos.

## MATERIAL Y MÉTODO

La información relacionada con el número de suicidios según sexo y edad y la población del país se obtuvieron del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), al igual que el promedio anual de las tasas de desempleo, desagregadas por sexo y grupo etario (7). Las tasas de mortalidad por suicidio se calcularon con respecto a la población mayor de 15 años estimada al 30 de junio del año correspondiente, a partir del censo de 1992. Para efecto de estos cálculos se excluyeron los individuos menores de 15 años debido a lo infrecuente que es la conducta

suicida en dicho rango etario. Por consiguiente, las tasas calculadas están expresadas por 100.000 habitantes mayores de 15 años, excepto las tasas por sexo y grupos etarios específicamente definidos.

Los rangos de edad fueron agrupados de acuerdo con las categorías de uso habitual en las estadísticas internacionales (8). Los datos sobre el número de suicidios, según el método empleado en la ciudad de Santiago, se obtuvieron del Servicio Médico Legal (SML) (9).

A partir de la información disponible, se calcularon las tasas de suicidio generales y específicas según sexo y rango etario, la distribución del método empleado según sexo, y se analizó la correlación de las tasas de suicidio con las tasas de desempleo del mismo año y con las del año anterior. Para el análisis estadístico se empleó el programa estadístico STATA®. El método de suicidio utilizado se estudió con la prueba de Chi cuadrado ( $X^2$ ). En todos los casos se consideró estadísticamente significativo un valor de  $p < 0,01$ .

## RESULTADOS

Durante el periodo comprendido entre los años 1990 y 2001 las muertes por suicidio en Chile constituyeron en promedio un 1,2% del total de fallecimientos. En el año 2000 las muertes por causa externa representaron cerca del 10% del total de decesos y, dentro de éstos, el suicidio representó el 18,9%.

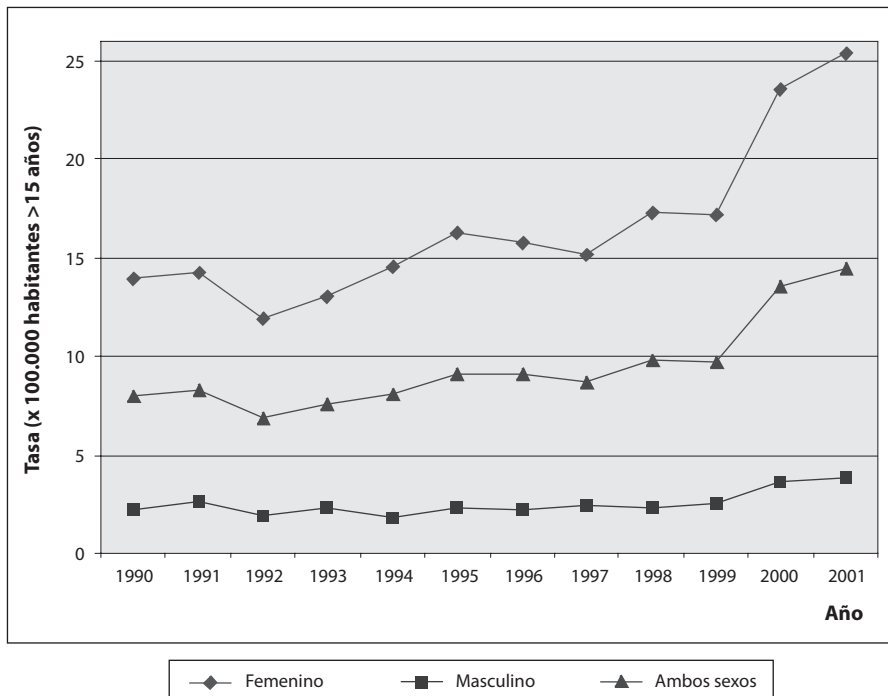
1. Distribución según sexo: En la Figura 1 se muestran las tasas de suicidio según sexo en mayores de 15 años, entre 1990 y 2001, observándose un aumento progresivo en ambos sexos. Este incremento es estadísticamente significativo en los hombres ( $p=0,001$ ), no así en las mujeres ( $p=0,016$ ), siendo el aumento anual de dichas tasas de 0,94 en hombres y 0,11 en mujeres. La tasa de suicidio en el sexo masculino alcanza valores máximos en los años 2000 y 2001, con cifras de 23,6 y 25,4 por 100.000 habitantes respectivamente, y en el sexo femenino alcanza 3,9 por 100.000 habitantes en 2001.

A lo largo del periodo estudiado la tasa de suicidio en los hombres fue mayor que en las mujeres, diferencia que resulta estadísticamente significativa ( $p=0,0004$ ), alcanzando en los años estudiados –en promedio– tasas 6,6 veces mayores en el sexo masculino, diferencia que se presenta en aumento.

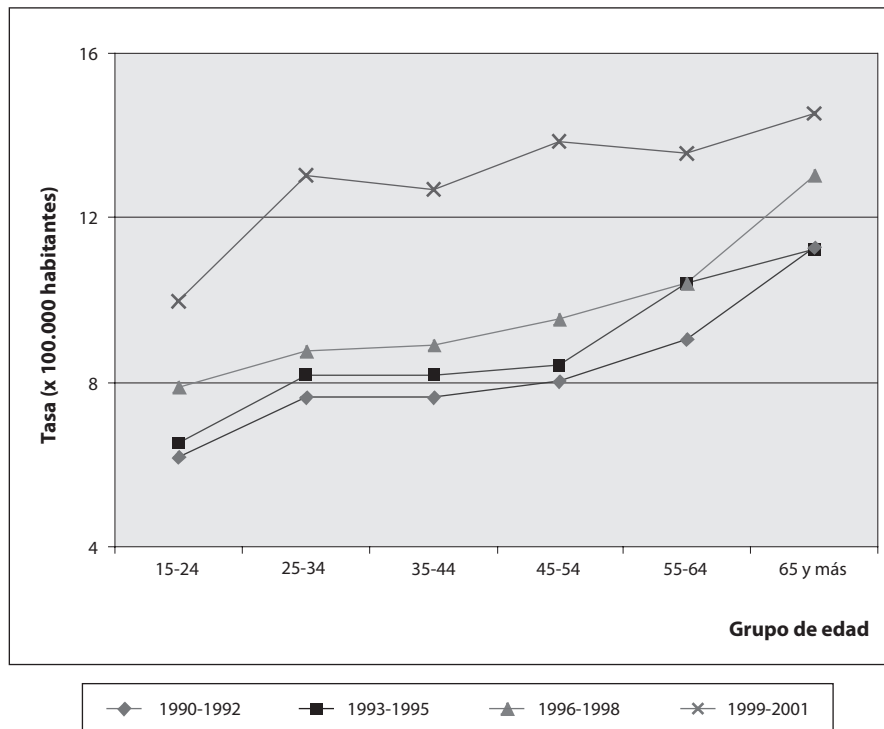
### 1. Distribución según grupos de edad y sexo

La Figura 2 presenta las tasas de suicidio por trienios (cuatro grupos que abarcan los años 1990 a 2001) para

**Figura 1**  
TASAS DE SUICIDIO SEGÚN SEXO EN MAYORES DE 15 AÑOS ENTRE 1990 Y 2001

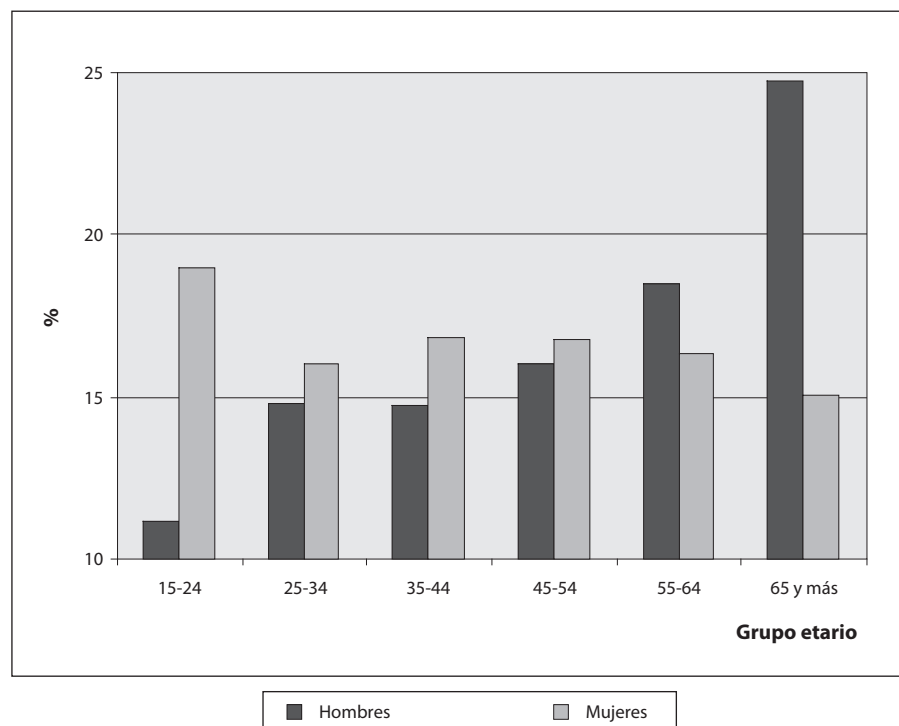


**Figura 2**  
DISTRIBUCIÓN DE LAS TASAS DE SUICIDIO PARA AMBOS SEXOS SEGÚN RANGO ETARIO, POR TRIENIOS, ENTRE 1990 Y 2001



**Figura 3**

DISTRIBUCIÓN DE LA FRECUENCIA RELATIVA DE SUICIDIO SEGÚN SEXO Y RANGO ETARIO (1990-2001)



ambos sexos, distribuidas según grupo de edad. Se observa un aumento progresivo de las tasas en relación con la edad, encontrándose en el grupo de 5-14 años cifras inferiores a 0,5 por 100.000 habitantes y en los mayores de 65 años una tasa de 14,5 por 100.000 habitantes en el último trienio.

La frecuencia del suicidio en los hombres aumenta con la edad, alcanzando tasas cercanas a 30 por 100.000 en el grupo mayor de 65 años, mientras que en las mujeres la tasa máxima es de 2,9 por 100.000 habitantes en el grupo de 15-24 años. La Figura 3 muestra la frecuencia porcentual de suicidio para cada sexo según rango etario. Entre las mujeres, el grupo de 15-24 años tiene la mayor frecuencia relativa con un 19% de los suicidios y entre los hombres destaca el grupo de 65 años y más con un 25% de los suicidios.

## 2. Distribución según método de suicidio empleado en Santiago: (n= 5674)

El método de suicidio más ampliamente utilizado tanto por hombres como por mujeres fue el ahorcamiento, seguido por las lesiones producidas por armas de fuego. En las mujeres el envenenamiento y los otros medios no especificados tuvieron una importancia re-

lativa mayor que en los hombres, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ). Lo observado en este periodo concuerda con lo publicado en 1976 por Trucco, quien describió una frecuencia cinco veces mayor en los hombres para ahorcamiento y armas de fuego (10). Téllez *et al.* también encontraron mayor frecuencia de ahorcamiento y uso de armas de fuego en los hombres respecto a las mujeres (11).

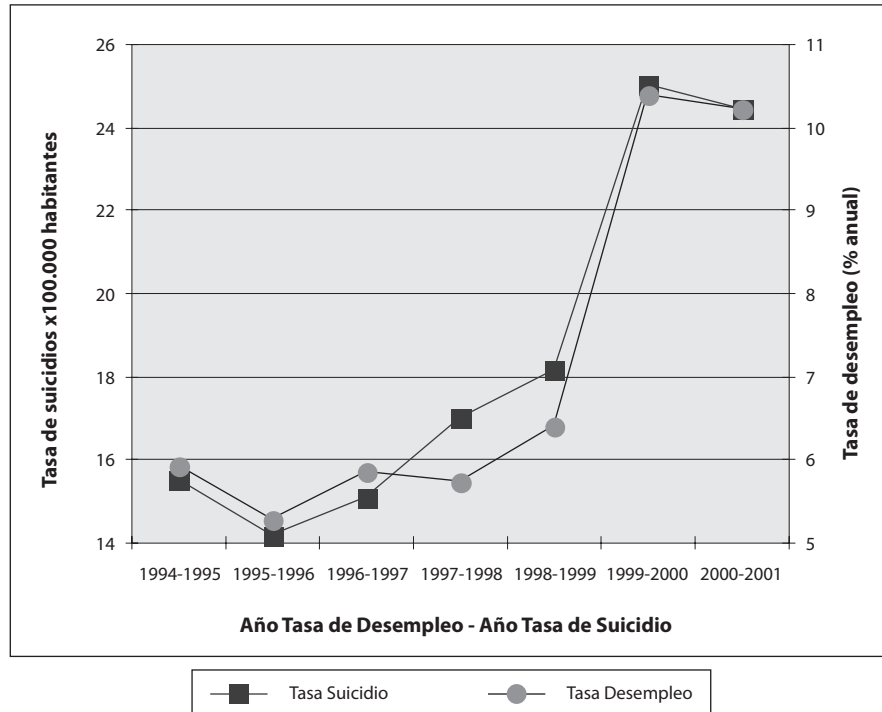
## 3. Suicidio y desempleo

Al analizar la relación entre las tasas de suicidio y las de desempleo del mismo año, se encontró una correlación significativa para hombres y mujeres entre 25 y 34 años ( $r=0,86$ ;  $p=0,006$ , valores que coinciden para ambos grupos) y para los hombres mayores de 65 años ( $r=0,84$ ;  $p=0,008$ ). En cuanto a la correlación entre las tasas de desempleo y las de suicidio desfasadas en un año (es decir, la tasa de suicidio de un año determinado con la tasa de desempleo del año anterior), se determinó que ésta es estadísticamente significativa en los hombres para los siguientes rangos etarios: 15 a 24 años ( $r=0,84$ ;  $p=0,009$ ), 25 a 34 años ( $r=0,98$ ;  $p=0,0001$ ), 35 a 44 años ( $r=0,92$ ;  $p=0,003$ ) y 45 a 54 años ( $r=0,88$ ;  $p=0,009$ ). A modo de ejemplo se grafica en la Figura 5 la correla-



**Figura 4**

DISTRIBUCIÓN DE LA CORRELACIÓN DESFASADA TEMPORALMENTE ENTRE TASAS DE DESEMPLEO Y SUICIDIO PARA HOMBRES DE 25-34 AÑOS



ción de la tasa de desempleo con la de suicidio del año siguiente para los hombres de 25 a 34 años, grupo en que la correlación fue más significativa.

## DISCUSIÓN

Al realizar estudios epidemiológicos sobre el suicidio surgen numerosas barreras en torno al reconocimiento, y a la asignación y registro de los casos, lo cual incide en la precisión de las cifras oficiales. Los criterios para determinar el suicidio como causa de muerte son variables; existen circunstancias que lo hacen más evidente (haber utilizado el ahorcamiento como método o haber dejado cartas relacionadas con el hecho) y otras que dificultan el diagnóstico (envenenamientos, pacientes de edad avanzada). En otros casos, el suicidio parece un accidente fortuito o bien no se registra como tal por presiones familiares. Éstas y otras limitaciones podrían explicar en parte la subestimación de esta causa de muerte, la que para algunos autores sería entre el 25% y el 40% (3, 12, 13).

En Chile las cifras oficiales de las muertes por suicidio se encuentran en los registros del SML y del INE. Por ley, en toda muerte de causa no natural debe realizarse una autopsia en el SML o, en su defecto, por peritos ad-

hoc fuera de esta institución. Los resultados de la autopsia deben ser enviados al Registro Civil, fuente que utiliza el INE para elaborar las estadísticas de suicidio a nivel nacional. El SML no recibe los informes de los peritajes realizados fuera de la institución, lo que genera un sub-registro de la información en ese servicio. Por otra parte, algunos de los estudios tanatológicos realizados por el SML son clasificados en una primera instancia como de "causa indeterminada". Luego de completarse el estudio y determinarse la causa definitiva de muerte, ésta es reclasificada en el SML, información que no es remitida al INE.

Hechos como éstos contribuyen al sub-registro del suicidio en nuestro país y pueden explicar en parte las diferencias entre los datos oficiales de las fuentes mencionadas. Cabe destacar que durante los últimos años el INE ha realizado un esfuerzo para actualizar los registros de muerte por causa "indeterminada en estudio". Una vez terminada la evaluación de estos casos se determinó que varias de dichas muertes correspondían a suicidio, lo cual podría explicar el aumento en la tasa de suicidios en los años 2000-2001.

A pesar de las limitaciones señaladas, algunos autores concluyen que las tasas de suicidio nacionales, especialmente si se observan a lo largo del tiempo, tienen

validez suficiente en cuanto a que son comparables, lo que permitiría plantear políticas preventivas (3, 11).

Históricamente, las tasas de suicidio en Chile alcanzaron un máximo en 1960. Desde entonces se han mantenido relativamente estables (12), fluctuando entre 7,5 y 10,5 por 100.000 habitantes mayores de 15 años en los últimos 30 años. Entre 1990 y 1999 encontramos valores que se mantuvieron en rangos similares a los años precedentes; sin embargo, en los años 2000 y 2001 se hace evidente un quiebre en la tendencia, con un importante aumento en las tasas, alcanzando éstas valores de 13,6 y 14,4 por 100.000 habitantes mayores de 15 años, respectivamente.

Al igual que en períodos anteriores, se encontró una mayor frecuencia de suicidio en hombres que en mujeres. En la década de 1930 se encontró una proporción de 2,7 hombres por cada mujer, entre 1981 y 1990 la relación fue de 5,8:1 (3) y en el período 1990-2001 la proporción resultó cercana a 7:1. Para intentar explicar este fenómeno se ha planteado la participación de una serie de factores psicosociales, entre los cuales destaca el que los hombres estarían más expuestos que las mujeres a sufrir las consecuencias de las fluctuaciones de variables socioeconómicas; que en el sexo masculino existe una mayor prevalencia de alcoholismo y que los hombres utilizan medios más violentos, de manera que el intento de suicidio es en general más exitoso (3, 12).

Al analizar la distribución del suicidio entre ambos sexos por rango etario, se observa que los hombres tienden a suicidarse más a mayor edad, mientras que las mujeres cometen suicidio a edades menores, con una incidencia máxima entre los 15 y 24 años. La distribución etaria encontrada para el sexo femenino difiere de otros países (6,14), pero concuerda con resultados de otras publicaciones de estudios realizados en Chile (4, 15).

En los adolescentes (entre los 15 y 24 años) no se observa un incremento importante en las tasas de suicidio, a diferencia de otros países (2). Si bien se encontró un alza, ésta es similar a la observada en los demás grupos etarios.

Como se ha descrito en numerosas publicaciones, el desempleo ha sido uno de los fenómenos importantes asociados con el suicidio (3, 6, 14, 16, 17). El desempleo, principalmente vinculado con la pérdida de expectativas de acceder a un puesto de trabajo, sería la variable socioeconómica con mayor asociación con el suicidio (18, 19). En Chile no existen estudios que relacionen ambas variables en forma específica, es decir, analizando las tasas de suicidio y de desempleo según sexo y grupo etario. Trucco correlacionó la tasa global de desempleo con ciertos grupos etarios, prin-

cialmente del sexo masculino, encontrando una correlación significativa para el grupo de hombres de 45 a 54 años (3). En el presente estudio las asociaciones entre las tasas de suicidio y desempleo observadas adquieren una mayor precisión y confiabilidad, dado que fueron correlacionadas las tasas específicas (por sexo y rango etario) de suicidio con las tasas específicas de desempleo. Existe una correlación altamente significativa para el sexo masculino en todos los grupos de edad estudiados, con excepción de los mayores de 65 años. Esto podría deberse, en parte, a que un porcentaje importante de estos últimos sujetos estarían jubilados.

En general, estos hallazgos apoyan la idea que el desempleo o la inestabilidad laboral aumentan el riesgo suicida, y que –por lo tanto– políticas sociales y económicas dirigidas a disminuir el desempleo podrían reducir también en forma indirecta la tasa de suicidio (19).

De lo expuesto en el presente estudio surgen muchas interrogantes. Por ejemplo, será interesante objetivar si el aumento descrito en las tasas de suicidio conservará esta tendencia al ascenso en años venideros o si se estabilizará, lo que podría relacionarse más bien con un progreso en la precisión de los sistemas de registro de las distintas instituciones involucradas con este tipo de información que con un incremento específico de la frecuencia de suicidios. Por otra parte, la población adolescente debe monitorearse con la mayor precisión posible, puesto que la información que entregan los medios de comunicación resulta alarmante respecto al suicidio en este grupo etario y será necesario contar con políticas adecuadas a esta nueva realidad.

## AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Carlos Cruz por su colaboración en el desarrollo inicial del estudio, a la Dra. M<sup>a</sup> Teresa Valenzuela por su ayuda con el análisis estadístico de los datos, y al Sr. Erwin Nahuelpán por el acceso a la información obtenida del SML.

## REFERENCIAS

1. Giner J, Sanmartín A, Franco D. Suicidio en Atención Primaria. *Psiquiatría y Atención Primaria* 2001;1:26-31
2. World Health Organization (WHO). Guidelines for the primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders. Disponible en URL: <http://www.vrc.vu.lt/literature/PSO/93.21.htm>
3. Trucco M, Horwitz N. Tendencias del Suicidio en Chile, 1971-1990. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 1993;31 Supl 4: 5-17
4. Gómez A. La conducta suicida en la práctica psiquiátrica. En: Heerlein A. *Psiquiatría Clínica*. Santiago: Editorial Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía Chile; 2000. p. 729-46
5. Trucco M. Mortalidad por Suicidio en Chile: 1930-1971. *Rev Méd Chile* 1975;103:634-8

6. Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997. *Am J Psychiatry* 2003;160:765-72
7. INE. *Anuarios de Demografía*, 1990 a 2002. Departamento de estadísticas demográficas y sociales. Servicio de registro civil e identificación, Chile.
8. Organización Mundial de la Salud. *Prevención del Suicidio. Cuaderno de Salud Pública n° 35*. Ginebra, 1969
9. Departamento de Estadísticas. Servicio Médico Legal. Santiago, Chile. 1990-2001.
10. Trucco M. Suicidios en el Gran Santiago I. Aspectos Médico-Legales. *Rev Méd Chile* 1976;104:246-50
11. Téllez C, Sepúlveda E, Jara C, Koppmann A, Castillo B. Aspectos forenses y epidemiológicos del suicidio en Santiago. *Rev Psiquiatría Clínica* 1993;30:53-63
12. Retamal P, Reszczynsky C, Orio M. Aspectos generales del suicidio en Chile. *Bol Hosp San Juan de Dios* 1995;42:29-40
13. Gorenc K, Pacurucu S, Bruner C. Comparación de la cifra oscura del suicidio entre México y Ecuador. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 1989;27:3-16
14. Roy A. Psychiatric Emergencies. En: Kaplan H, Sadock B, editores. *Comprehensive Textbook of Psychiatry IV*. Baltimore: Williams & Wilkins;1995. p. 1740-52
15. Chuaqui C, Lemkau P, Lagarreta A, Contreras M. El Suicidio en Santiago de Chile. *Bol Oficina Sanit Panam* 1967;41:212-22
16. Blakely T, Collings S, Atkinson J. Unemployment and suicide. Evidence for a causal association? *J Epidemiol Community Health* 2003;57:594-600
17. Kposowa AJ. Unemployment and suicide: a cohort analysis of social factors predicting suicide in the US National Longitudinal Mortality Study. *Psychol Med* 2001;31: 127-38
18. Preti A, Miotto P. Suicide and unemployment in Italy, 1982-1994. *J Epidemiol Community Health* 1999;53:694-701
19. Lewis G, Sloggett A. Suicide, deprivation, and unemployment: record linkage study. *BMJ* 1998;317:1283-6

## INVESTIGACIÓN

# RELACIÓN CLOZAPINA / NORCLOZAPINA COMO FACTOR DE RIESGO HEMATOLÓGICO

(Rev GPU 2007; 3; 2: 163-165)

César Jara, Diana Penna, Roberto Gallardo, J.C. Sánchez, Carlos Mella, Daniel Moreno<sup>1</sup>

La norclozapina es el principal metabolito de la Clozapina, formándose por la acción de la CYP1A2 a nivel hepático. Este metabolito es activo, antagonizando selectivamente a los receptores dopaminérgicos D2 del sistema mesolímbico y, al igual que la Clozapina, no se une a los receptores dopaminérgicos D2 de la zona estriatal, gracias a lo cual carece de efectos extrapiramidales a dosis terapéuticas; además a esta actividad se puede sumar el aumento de acetilcolina que la Norclozapina produce a nivel cortical, sumado a la liberación de dopamina en esta zona, vía estimulación de los receptores muscarínicos M1. Esta acción sólo se observa en la corteza prefrontal medial, y no en el núcleo accumbens. El objetivo del presente estudio es realizar un estudio retrospectivo en 911 pacientes esquizofrénicos, hospitalizados y ambulatorios, con la finalidad de determinar si la relación entre la Clozapina con su metabolito Norclozapina puede plantearse como factor de riesgo hematológico.

La acción de la Norclozapina se puede resumir así:

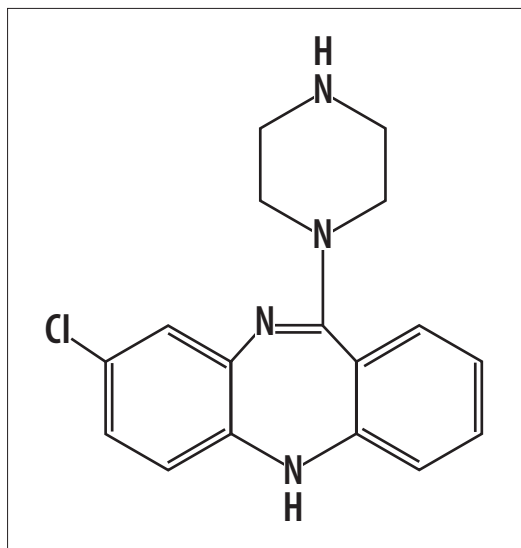
1. La Norclozapina es un agonista M1 mientras que la Clozapina es antagonista M1 (in vivo)
2. El agonismo M1 de la Norclozapina puede contribuir a la liberación de acetilcolina y dopamina cortical.
3. La Norclozapina, debido a su agonismo M1, puede tratar con mayor efectividad los daños cognitivos observados en la esquizofrenia, mientras que la Clozapina no.
4. El agonismo de receptores M1 puede ser un objetivo valioso para el desarrollo de drogas que puedan

mejorar el déficit cognitivo en la esquizofrenia, y tal vez otros desórdenes neuropsiquiátricos también.

Tanto al fármaco Clozapina como a uno de sus principales metabolitos, Norclozapina, se les ha considerado, por sí mismos o por la metabolización a un compuesto inestable de acción tóxica, *ion nitronium* sobre los precursores hematopoyéticos, tanto de los precursores mieloides como también eritroides (Gerson 1994).

Se ha considerado por la literatura como importante factor de riesgo una razón de Norclozapina/Clozapina superior a 0.70 (Oyewumi 2002).

<sup>1</sup> Hospital Psiquiátrico José Horwitz B.



Norclozapina

**METODOLOGÍA**

La muestra quedó constituida por 911 pacientes esquizofrénicos, resistentes a neurolépticos clásicos en tratamiento con Clozapina. Se analizó un total de 4.442 niveles plasmáticos de Clozapina y Norclozapina, estudiados por el método de HPLC, en un periodo de diez años comprendidos entre 1996 y 2006.

**RESULTADOS**

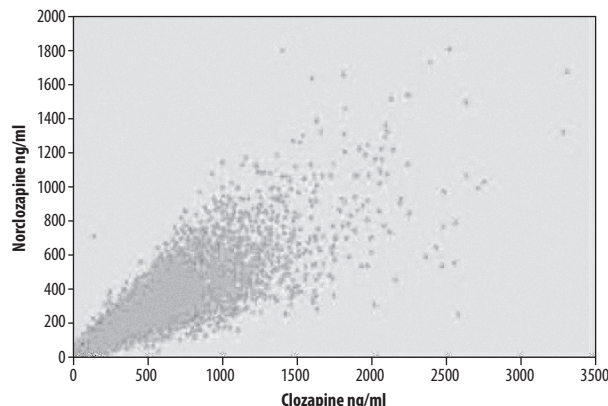
Se apreció una alta correlación estadísticamente significativa entre los niveles de Clozapina y Norclozapina con un R de 0,797 ( $p < 0.01$ ), lo que concuerda con lo citado por la literatura (Centorrino 1994). De igual modo se apreció una relación global de 0,53 entre Norclozapina y Clozapina, valor levemente superior a lo citado por la literatura (0,41 por Centorrino 1994). Se apreció que la variabilidad de la relación aumentó con mayores valores plasmáticos (Figura 1).

**CONCLUSIONES**

Se hace difícil determinar como único elemento dependiente la medición de los niveles plasmáticos, resultando así necesario controlar un mayor número de factores que interfieran con la absorción, biodisponibilidad y degradación del fármaco. En muchos paper se habla de la reactividad del ion nitrenium, y la forma de contrarrestar su efecto (agranulocitosis por apoptosis de neutrófilos).

**Figura 1**

RELACIÓN ENTRE CLOZAPINA Y SU METABOLITO NORCLOZAPINA



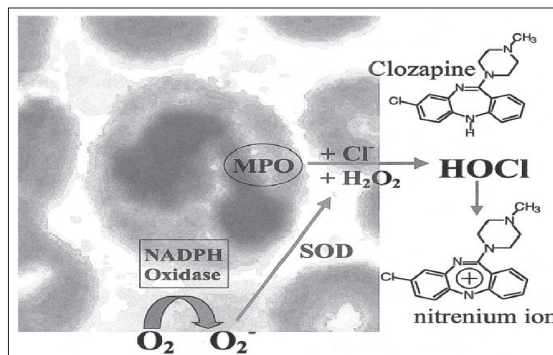
Cuando se activan los neutrófilos se liberan cantidades significativas de peróxido de hidrógeno y mieloperoxidasa, agentes oxidantes que son capaces de transformar directamente la Clozapina en un agente muy reactivo conocido como "ion nitrenium", caracterizado por poseer una carga positiva deslocalizada en el anillo de 7 vértices, gracias al par de electrones libres que quedarían en el nitrógeno que antes estaba protonado, resonando en toda la estructura (Figura 2).

A este ion reactivo se le ha atribuido la propiedad de generar apoptosis en el mismo neutrófilo, lo que explicaría la agranulocitosis que experimentan algunos pacientes que son tratados crónicamente con clozapina.

Estudios recientes han mostrado la posibilidad que el responsable por la apoptosis de los neutrófilos no sea principalmente el ion nitrenium sino más bien una "imina". Este metabolito es similar al metabolito reactivo que se ha propuesto responsable por la agranulocitosis inducida por mianserina. Para neutralizar a este

**Figura 2**

FORMACIÓN DEL ION NITRENIUM



ion se utilizaría glutation exógeno, N-acetilcisteína, o también ácido ascórbico.

Se ha apreciado en diversos estudios que la Clozapina tiene una influencia directa sobre diferentes citoquinas originando una reacción inflamatoria. La inflamación o infección puede inducir la bioactivación de Clozapina en ion nitrenium y puede ejercer una acción tóxica que induzca apoptosis y eleve los niveles de citoquinas. Clozapina puede así actuar como un hapteno e inducir reacciones de hipersensibilidad por IgG, IgM o IgE. Las citoquinas liberadas durante la infección o inflamación downregulan el metabolismo de la Clozapina en el sistema P450 a través del CYP 1A2, lo que determina una estrecha monitorización de los niveles plasmáticos.

## REFERENCIAS

1. Aymard N. Neuroleptic resistant schizophrenic patient treated by clozapine: clinical evolution, plasma and red blood cell clozapine and desmethylclozapine levels. *Therapie* 1997; 52(3): 227-232
2. Centorrino F. Relation of leucocyte counts during clozapine treatment to serum concentrations of clozapine end metabolites. *Am J Psychiatry* 1995; 152(4): 610-612
3. Combs MD. N-desmethylclozapine an insensitive marker of clozapine-induced agranulocytosis and granulocytopenia *Pharmacotherapy* 1997; 17(6): 1300-1304
4. De Leon. Serious respiratory infections can increase clozapine levels and contribute to side effects: a case report. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2003; 27(6): 1059-1063
5. Fabrazzo M. Effect of treatment duration on plasma levels of clozapine and N desmethylclozapine in men and women. *Psychopharmacology (Berl)* 1996; 124(1-2): 197-200
6. Gerson SI. N-desmethylclozapine: a clozapine metabolite that suppresses haemopoiesis. *Br J Haematol* 1994; 86(3): 555-561
7. Haack MJ. Toxic rise of clozapine plasma concentrations in relation to inflammation. *Eur Neuropsychopharmacol* 2003; 13(5): 381-385
8. Hasegawa M. Plasma clozapine and desmethylclozapine levels in clozapine induced agranulocytosis. *Neuropsychopharmacology* 1994; 11(1): 45-47
9. Li Z. N-desmethylclozapine, a major metabolite of clozapine, increases cortical acetylcholine and dopamine release in vivo via stimulation of M1 muscarinic receptors. *Neuropsychopharmacology* 2005; 30(11): 1986-1995
10. Mauri MC. Clozapine metabolism rate as a possible index of drug induced granulocytopenia. *Psychopharmacology (Berl)* 1998; 137(4): 342-344
11. Oyewumi K. Relation of Blood counts during clozapine treatment to serum concentrations of clozapine and nor clozapine. *Can J Psychiatry* 2002; 47(3)
12. Pisciotto AV. Cytotoxic activity in serum of patients with clozapine-induced agranulocytosis. *J Lab Clin Med* 1992; 119(3): 254-266
13. Schulz. Determination of clozapine end its major metabolites in serum samples of adolescent schizophrenic patients by high-performance liquid chromatography. Data from a prospective clinical trial. *Pharmacopsychiatry* 1995; 28(1): 20-25



## TEORÍA CLÍNICA

# LA INFLUENCIA DEL CONSTRUCTIVISMO EN EL PSICOANÁLISIS<sup>1</sup>

(Rev GPU 2007; 3; 2: 166-172)

Marta del Río<sup>2</sup>

**El artículo es una discusión sobre el cambio de paradigma epistemológico en la teoría psicoanalítica. Se desarrollan las ideas de cambio del marco positivista al marco constructivista; de este último se toma la visión del constructivismo dialéctico desarrollado por Irwin Z. Hoffman, discutiéndose sus implicancias en la práctica clínica. Se ilustra a través de dos ejemplos.**

## INTRODUCCIÓN

Cuando pensé escribir este artículo lo vi como una oportunidad de discutir la epistemología en la que se sustentan las teorías psicoanalíticas, ya que ésta va a determinar, en los analistas, la elección de su marco teórico y su consecuente técnica. Después de mi formación como psiquiatra realicé un postgrado y una formación clínica en el enfoque sistémico, donde fue central el estudio del cambio epistemológico y del paradigma de la ciencia en la emergencia de la teoría sistémica.

Posteriormente, en la formación psicoanalítica, me di cuenta que no estaba presente la teoría del conocimiento en la cual se habían desarrollado las teorías que estudiábamos. Yo creo que esta discusión en el pensamiento psicoanalítico latinoamericano, y especialmente chileno, ha sido tardía y difícil. Este hecho es una motivación importante para intentar escribir sobre el presente tema.

Durante el modernismo el compromiso esencial era la investigación de “la verdad”. La idea era llegar a la “verdadera esencia” de las cosas para comprender así la realidad. Cada persona llevaba en sí misma la totalidad de su ser, el cual podía ser consciente o inconsciente.

El cogito cartesiano era el guía: “pienso luego existo”. En este paradigma es el pensamiento el que define al individuo. Descartes en su “Discurso del Método” recoge el tema de la duda metódica, expresión de una sensación histórica: la incerteza angustiosa. Si adoptamos una posición de duda sistemática ¿existe algún modo de establecer fundamentos? ¿Existen fundamentos sobre los cuales poder apoyar un conocimiento firme y seguro? Ni la autoridad, con su poder, ni mucho menos los sentidos, con sus vaguedades, pueden garantizar la certeza absoluta.

De esta situación surge la expresión: “no puedo dudar que soy quien duda. Aunque mi razón me puede llevar a dudar de todo cuanto examino, no puedo dudar

<sup>1</sup> Este trabajo fue presentado como conferencia inaugural en las Jornadas de Psicoterapia, organizadas por la Sociedad de Psiquiatría en Reñaca, Viña del Mar, en el año 2006.

<sup>2</sup> Psiquiatra, psicoanalista APCH. Terapeuta familiar.

de la razón misma. Y si puedo hacer descansar mi fe de la existencia de la razón, también puedo estar seguro de mi propia existencia. *Cogito, ergo sum*". (Gergen, pág. 12).

El cogito Cartesiano nos ha servido para buscar las explicaciones dentro de nuestra mente, pero por otro lado ha justificado nuestro aislamiento de los avatares de las emociones, incluyendo nuestra posición dentro del proceso psicoanalítico. También ha llevado a un racionalismo excluyente en nuestras concepciones del desarrollo social, ha limitado el juego interactivo entre áreas del conocimiento, como es el caso de la teoría psicoanalítica y de los desarrollos de la neurociencia, de la investigación genética, de los eventos sociales y de los aportes de los estudios relacionales e intersubjetivos. Esta forma de concebir "lo real", "lo científico" "lo comprobado" "lo objetivo" nos acompañó como modelo científico por lo menos durante un siglo. Dentro de este marco, el observador excluido es el único que puede aislar los fenómenos, observarlos en ambientes con variables controladas, no contaminados, aislados del medio social, con el presunto objetivo de observar el fenómeno puro. Este fue el ideal científico, y fue el marco en el cual surgió el desarrollo de la teoría psicoanalítica, el mundo en el cual Freud tuvo que validar su teoría sobre el inconsciente, bajo la impronta de lograr la "verdad científica".

El impacto que ha producido en nuestra cultura la hegemonía del individualismo se hace insostenible. Sin embargo, paradójicamente, cada vez es menor la influencia del individuo. La impotencia moderna del sujeto es dramática. Un conflicto religioso o político regional puede afectar severamente a un individuo de otra zona lejana. En estos tiempos han quedado en evidencia nuestras redes de interdependencia, y la fragilidad que, como individuos, tenemos en ellas.

Desde esta perspectiva Gergen (1992) nos plantea la necesidad de transitar de un modelo de hegemonía individual a otro donde se incluyan los modelos contextuales de una manera gradual. Cito: "Se precisa una evaluación auto reflexiva de las tradiciones, una indagación de los beneficios y de las deficiencias de nuestras creencias y prácticas, así como una exploración de posibilidades alternativas. No se trata por ello de optar por una transformación radical, un salto en lo ajeno y desconocido. Se trata más bien de favorecer un proceso de investigación que puede desarrollar la posibilidad de realizar selectivamente; de determinar aquello que retendríamos en las tradiciones y de qué forma suavizar las aristas de nuestros compromisos de manera que otros puedan ser oídos de modo más completo". (Gergen, 1992, pág. 22).

En el discurso psicológico, como en otras áreas del conocimiento, la transición no ha sido fácil de realizar, más bien es resistida y rechazada. Nos apegamos al conocimiento que poseemos, al manual, a la teoría de la técnica, que nos calme de la incerteza y nos proteja del temido error, tomando al error como un fenómeno evitable más que como una posibilidad de apertura a nuevas formas de conocimiento. Para acercarnos a este proceso Gergen nos propone que nuestra primera tarea sería entender cómo el individuo adquiere su conocimiento. Para él, la paradoja de la investigación es pretender investigar lo desconocido con una metodología que ha sido tomada como un conocimiento dado desde ya. Este modo de aproximación nos lleva a un temido círculo perverso en el cual sólo encontramos lo que ya sabemos. En la medida que hagamos análisis desde una realidad dada a priori, desde los mismos elementos teóricos, desde el mismo método, correremos el riesgo de no salir de las mismas conclusiones de siempre.

Desde esta perspectiva cada uno de nosotros somos concebidos como individuos separados y auto-determinados con claros límites entre cada uno y en el contexto en que estamos. El desarrollo es adquirido por fases predeterminadas y definidas que serían muy similares para todos y que nos llevan a concebir un ser completo y poco susceptible de ser modificado después de terminado este desarrollo. Este es un modo que ha sido muy propio de las teorías psicoanalíticas positivistas que toman el fenómeno, lo analizan dentro de los preceptos de la teoría a la cual adhiere el analista y llegan a conclusiones que sean aceptadas dentro de ésta. Si la conclusión no calza, se fuerza la consistencia con respuestas estereotipadas: el paciente es muy grave, la técnica está mal aplicada o se requiere mayor tiempo de realizar lo mismo, etc. ¿Cómo logramos introducir novedad a nuestro pensamiento?

Hay múltiples desarrollos de teóricos psicoanalíticos que han abordado esta tarea. D. Stern, investigador y teórico del desarrollo infantil, plantea que la formación del *self* es a través de las múltiples y repetidas interacciones con los cuidadores primarios (RIGS). Los trabajos de F. Lachmann, J. Lichtenberg, J. Fossaghe (2001) sobre estudios de los principios organizadores del *self* tales como regulación fisiológica, apego, filiación, exploración, aserción, aversión, goce sexual y excitación sexual, se han constituido en un interesante aporte que ha enriquecido la teoría y la técnica psicoanalítica. P. Fonagy y M. Target, teóricos del apego, han hecho importantes investigaciones sobre los distintos tipos de apego y sus consecuencias en la psicopatología como en el tratamiento.

Desde una perspectiva más filosófica están los desarrollos de J. Benjamin (1997), sobre el concepto de sujeto en relación con el otro, y su desarrollo del tercero en el campo psicoanalítico. También son relevantes los teóricos intersubjetivos como D. Orange, B. Stolorow, G. Atwood (1997), que desarrollaron el concepto que la construcción del self sólo puede ser hecha en relación con otros significativos. Nos señalan que el self se mantendría cohesionado y en desarrollo durante toda la vida gracias a las interacciones vitalizantes, que internalizamos como principios organizadores de la experiencia. Estos principios son los que nos dan la pauta sobre nuestra forma de relacionarnos y nos permiten construir el significado emocional de nuestras interacciones.

Para ahondar en el cambio epistemológico que también ha llegado a nuestra disciplina como analistas, quisiera abordar el tema del constructivismo y su relación con el psicoanálisis. Éste es un desarrollo interesante, pero al mismo tiempo desafiante, que puede sernos útil para aceptar nuestra condición de falibles, la situación de incerteza y la imprecisión ineludible de nuestro quehacer como analistas.

## CONSTRUCTIVISMO

Desde la perspectiva constructivista, los individuos están constante y activamente construyendo sus realidades (Mahanony, 1991). Las construcciones que resuelven nuestras ambigüedades en una dirección o en otra son, en algún sentido, también descubrimientos ya que desarrollan potenciales de la experiencia individual que pueden ser retrospectivamente identificados, pero que no estaban realizados antes. Mahanony distingue importantes corrientes dentro de la teoría constructivista:

El constructivismo *radical*, que sostiene que el conocimiento no refleja una realidad ontológica objetiva sino exclusivamente un orden y organización del mundo constituido por nuestra experiencia. El constructivismo *crítico*, el cual acepta la existencia de una ontología y de un inescapable mundo real, pero que nunca puede ser reconocido directamente sino sólo a posteriori. Este último concibe al individuo como un co-constructor de su realidad personal, enfatiza la permanente interacción y relación con el contexto social.

El *construccionismo social* sugiere que todo el conocimiento es co-construido y que sólo existe entre las personas y no dentro de ellas. Es el constructivismo crítico el que voy a desarrollar en esta aproximación. El uso del constructivismo crítico está asociado con el concepto de ontología de la experiencia. Desde la perspectiva

psicoanalítica sería la historia de nuestras interacciones con sus afectos concomitantes la que nos dejaría principios organizadores, los que nos darían una parte del modo de significar la experiencia.

Irving Z. Hoffman nos ofrece un interesante desarrollo de la teoría constructivista del psicoanálisis usando los aportes de Mahanony. Él denomina al constructivismo crítico como dialéctico y lo describe así: "el individuo no es el único productor de su propia experiencia sino que lo concibe como co-creador o co-constructor de sus realidades personales, enfatizando con el prefijo "co" la interdependencia interactiva con su ambiente físico y social" (Pág. 137, Hoffman 1998).

El modelo requiere que el analista adopte la incertidumbre que deriva de saber que su subjetividad nunca puede ser completamente trascendida. Esta incertidumbre nos ofrece a los analistas la oportunidad de ser espontáneos. Los analistas pueden ahora hablar desde su modo de pensar y sentir, incluyendo la expresión de la convicción acerca de sus puntos de vista, incluso cuando éstos sean contrarios al de los pacientes. En el constructivismo están presentes tanto la incertidumbre como la convicción, pero con significados diferentes de los que tienen una visión de "mente abierta", propia de la posición positivista, ya que ésta mantiene al analista como observador excluido. En la perspectiva constructivista no se descarta lo que se sabía de antes tanto de la teoría como de la investigación, o de la experiencia clínica acumulada; más bien la autoridad de dicho conocimiento disminuye sutilmente en proporción al incremento de la experiencia subjetiva del analista como base de sus intervenciones especialmente en el encuentro terapéutico (Mitchell, 1989).

Un punto que me parece especialmente importante dentro del planteamiento de Hoffman es la epistemología sobre el conocimiento que tenga el analista, ya que la discusión epistemológica está a la base de los supuestos subyacentes al modo de trabajar y de ser con el paciente.

Es diferente estar colocado en una perspectiva positivista-racionalista donde los terapeutas podrían situarse fuera de la interacción con el paciente, haciendo comentarios, hipótesis y juicios relativamente confiables acerca de la historia, dinámicas y transferencias del paciente, y acerca de sí mismo y con respecto a lo que deben o no hacer en otro momento. En un modelo positivista que es implícitamente diagnóstico y prescriptivo, lo central es la investigación clínica del estado mental del paciente. El analista implementa un abordaje terapéutico o una intervención específica en el marco de uno u otro enfoque teórico. Éste es un en-

foque positivista abierto. Si una intervención no resulta podemos intentar nuevas hipótesis u otros modelos de abordaje. Es central en este modelo que la aplicación de él a las interacciones psicoanalíticas esté sustentado en función del conocimiento de la teoría y de los principios de la técnica. ¿Qué es lo que nos aporta un modelo social-constructivista? (constructivista-limitado, Hoffman 1992). En éste, la experiencia del paciente se considera más ambigua y maleable. Las interpretaciones sugieren maneras de organizar la experiencia entre las diferentes formas que es posible hacerlo. La sugestión, aquel fantasma del proceso para el enfoque positivista, pasa a ser un aspecto intrínseco de cualquier interpretación. En un importante sentido las interpretaciones desde esta perspectiva son sugerencias. Esto no significa que uno no pueda decir que algunas interpretaciones calcen más que otras con determinado paciente. Es más bien que resulta inevitable que en la interpretación o intervención exista un grado de influencia proveniente del analista al decidir cuál línea de interpretación adoptará.

En esta aplicación del constructivismo al psicoanálisis existe un énfasis en la manera en que la perspectiva teórica del analista da forma a las narrativas que acompañan la historia y experiencias actuales del paciente durante el proceso. Hay que diferenciar de los modelos positivistas actuales los que han planteado que el escrutinio continuo de la contra-transferencia nos permitiría de alguna manera salvar esta prescripción. Pero a lo que Hoffman nos alude es que la contra-transferencia es el proceso continuo, no su escrutinio. Es imposible estar al tanto del flujo de lo que Stern denomina "la experiencia no formulada" (1983, 1989). Sólo se puede atender, y desarrollar el pensamiento simbólico en cualquier momento dado, a una pequeña fracción de los potenciales de dicha experiencia. Es más, cualquier selección del flujo refleja las resistencias de corrientes contra-transferenciales que estén activas en ese momento en el analista, de manera parcialmente consciente o inconsciente. Es decir, en todo momento estamos seleccionando los eventos que recortamos de la experiencia, lo que enfatizamos desde nuestros estados afectivos y pre-concepciones para posteriormente construir su significado.

Esto implica en la práctica algo importante: el hecho que el analista debe estar atento e interesado en lo que el paciente interpreta consciente o inconscientemente acerca de la influencia del analista. Hasta aquí estamos hablando de la experiencia retrospectiva, pero quizás es aún más importante la crítica del constructivismo limitado (Hoffman, 1992) al psicoanálisis desde la perspectiva prospectiva. Es decir, a las decisiones

que toma el analista al intervenir. Desde esta perspectiva siempre se está "construyendo historia del paciente y de uno mismo, en donde lo construido queda ineludiblemente intrincado al pensamiento y accionar del analista" (Pág.103).

Desde esta perspectiva ya traspasamos la barrera de no sólo interpretar la vida del paciente desde afuera sino que estamos creando junto a él una nueva experiencia. Un trazo de su vida y de la nuestra.

### Consecuencias clínicas

Hay que tener conciencia que la teoría psicoanalítica fue creada en un marco teórico positivista racional; por lo tanto las consecuencias clínicas de un cambio epistemológico constructivista experiencial respecto a la teoría y la técnica psicoanalítica son bastante radicales y difíciles de abarcar. Tarea que sin duda no alcanzaré a desarrollar en este artículo. El foco que quisiera tomar es la libertad versus la incertidumbre que ofrece esta polaridad modelo positivista-racionalista, y constructivista-experiencial.

Cuando la interpretación o intervención surge desde la preconcepción de un modelo positivista-racionalista y uso una de las muchas y ricas teorías que nos ha brindado el psicoanálisis, le propongo algo al paciente que puede ser tomado o rechazado. Lo más probable es que si soy un analista interesado y estudioso voy a tener a mi disposición una buena cantidad de nuevas hipótesis para usar con mi paciente e intentaré nuevas posibilidades de comprensión. El punto acá no es la hipótesis que yo propongo sino desde qué epistemología la propongo. La posición de un analista con una comprensión constructivista limitada no tiene que ser entendida como confusa o amarrada a la incertidumbre en su modo de intervenir e interpretar. De hecho yo creo que es imposible intervenir sin tener una idea teórica y personal respecto al paciente. La proposición constructivista más bien va por entender el fenómeno como lo co-construido y la permanente indagación del significado de éste a posteriori. Desde esta posición puedo adquirir más libertad en la relación con mi paciente, en la medida que asumo que no puedo controlar el fenómeno emergente. Así mis esfuerzos se centran en comprender y co-construir el significado con el paciente.

Como dice Hoffman, hay un movimiento entre lo personal y lo técnico. Ninguno existe en forma pura, el uno aislado del otro. Por una parte las interpretaciones son reflejos de la contra-transferencia del analista; o sea, expresiones personales de éste. Y por otro lado, en la generación de las interpretaciones pueden utilizarse

las reacciones emocionales personales, en muchas oportunidades meta-comunicadas o auto-develadas, y que por lo tanto pasan a incorporarse a la técnica.

Este tipo especial de incertidumbre deja a los analistas más libres para “ser más ellos mismos”; esto para mí significa ser personas tangibles para sus pacientes dentro de su rol analítico. Este rol obliga al analista a ejercer regularmente una visión crítica sobre la naturaleza de su participación. Tenemos que contar con que hay aspectos no develados de la interacción, incluida la participación del analista.

Una manera de plantear la implicación práctica central del traslado desde un modelo positivista a uno constructivista es afirmar que en la medida que se reduce la convicción basada en el conocimiento objetivo se produce un incremento de la convicción basada en la experiencia subjetiva del analista (Mitchel 1991).

Es importante dejar en claro que no se descarta el conocimiento adquirido en el estudio o la experiencia clínica adquirida en la práctica, es más bien que en el fenómeno específico y subjetivo de la diada paciente-terapeuta va tomando más peso el conocimiento co-construido que el aplicado teóricamente.

La expresión más coloquial es aquella que dice que “la experiencia no es vicaria”; que sólo haber vivido las situaciones nuevas nos permite integrarlas de un modo experiencial y no solamente racional.

Quisiera ahora detenerme en algunos ejemplos de mi práctica clínica como terapeuta y supervisora.

## EJEMPLO CLÍNICO

Andrés es un profesional en la mitad de los cuarenta. Me consultó tres semanas después de la muerte de su padre. Se encuentra angustiado, con síntomas depresivos; tiene insomnio de despertar precoz, opresión en el pecho, retraimiento y desgano. Durante la primera entrevista me cuenta cómo fue la enfermedad y muerte de su padre poniendo especial énfasis en lo agobiante de su rol de estar a cargo de las decisiones sobre la enfermedad de éste.

Después de cuatro entrevistas, acordamos hacer un trabajo a largo plazo ya que apareció en el relato de su historia una serie de situaciones de duelo y pérdida mal elaboradas en relación a dos matrimonios previos y la separación de un hijo y una hija con los cuales después de la separación de sus madres se le ha desdibujado la relación. Sólo actualmente, después de criar directamente dos hijos de su tercer matrimonio, él percibe “lo que se ha perdido y ha tratado de reconstruir la relación con ellos”. Al terminar las entrevistas le sugiero que piense en la decisión de tomar el tratamiento conmigo,

y que me avise. Tomo esta precaución con él porque ha estado en tratamientos previos sin estar demasiado convencido y los resultados han sido, según sus palabras textuales, “buenos y malos”.

A las pocas horas de salir Andrés de mi oficina recibo un llamado de él, diciendo que está decidido a tomar el tratamiento y que lo contacte para acordar las horas.

Me llama la atención la rapidez de su respuesta; después pasan tres semanas en las cuales le dejo dos o tres mensajes tratando de comunicarme con él a su teléfono celular sin obtener respuesta. Cuando yo prácticamente había dado por descartado el tratamiento, él me deja un mensaje en la oficina comunicándome que había estado de vacaciones (las cuales no me había advertido), que su celular no recibía mis mensajes y que por favor lo llame. Finalmente acordamos un horario y llega a su primera sesión.

Andrés comienza contándome que las vacaciones con su familia y esposa habían sido agradables, pero que a pesar de ello se siente muy apesadumbrado, agobiado por el trabajo y con una pena que no logra entender. Yo me quedo sorprendida de la desconexión de Andrés con el hecho que lo había traído a consultar, la muerte de su padre, de la cual sólo han pasado dos meses. Sigo indagando en el motivo de agobio y pena. Aparece un relato de cómo él se sobrecarga de trabajo. No me puedo sacar de la cabeza el duelo, se produce un momento de silencio y lo noto triste, le pregunto: ¿Se puso triste?

Me contesta que sí, y después de un silencio me dice: “cuando fue el entierro de mi padre, en el momento que estaban bajando el ataúd, tuve una sensación extraña como que hubiera una luz, como un foco, que me iluminaba y me sentí tremendamente solo, me dieron ganas de ponerme a llorar a gritos pero no pude,... después tuve que hablar y no pude terminar porque sentía que se me quebraba la voz, pero nadie lo notó, sólo yo me di cuenta”.

Le dije que yo pensaba que su pena estaba relacionada con la muerte de su padre y me preguntaba por qué él no podía llorar. Acepta esto y después de un silencio me dice que su padre era un pusilánime, que él no pensó que su muerte lo iba a afectar tanto. El resto de la sesión se centró en la relación con el padre y la elaboración del duelo.

Lo que me llama la atención de este fragmento de sesión es la aparición precoz del modo relacional de Andrés conmigo. Primero en su “desaparición” después de las entrevistas, habiendo yo sentido bastante conexión con él y algún grado de seguridad que él iba a tomar el tratamiento conmigo. Me pareció que en esta primera sesión ocurrió algo parecido. Él estuvo “desaparecido”

para mi comprensión hasta que le pregunté por la pena.

Después pensé: ¿fue una pregunta? ¿o yo quería hablar de la pena y apenas pude la instalé ya que me parecía tan obvia? Por su respuesta parece que era así, o al menos mi sensación de desconcierto se me pasó y él entró a un diálogo más fluido sobre su estado emocional y no sobre sus sensaciones de agobio laboral. Probablemente el tratamiento a futuro me dará elementos para entender mejor el modo relacional de Andrés, y si mi tendencia a la búsqueda de la conexión es lo más adecuado con él. Lo que sí tengo claro en esta secuencia que describí es que yo no me podía atener al contenido de su discurso sino sólo al modo de relacionarse de Andrés con su discurso y conmigo como su interlocutora.

Creo que si esto lo llevamos al lenguaje de los psicólogos del self, la que buscó cohesión del self fui yo, y de ahí apareció el contacto emocional o quizás fue él con su pena y silencio. A esto se refiere el constructivismo con el concepto de co-construcción. Yo capté su pena, la puse en evidencia y él asoció el entierro de su padre. La pregunta la quiero dejar sin respuesta, para poder volver a estar presente con él y encontrar el significado y sentido a este modo de ser.

La diferencia entre la intervención de un modelo positivista racionalista y una mirada constructivista es esencialmente la postura del analista frente a su conocimiento sobre el paciente, la intervención es en general una pregunta, como en el caso de Andrés, ¿se puso triste?, esperando elicitarse un estado afectivo, acompañarlo y esperar las asociaciones espontáneas del paciente. En general no se interpreta la disociación como defensa al dolor del duelo, como sería una posibilidad en este caso, ya que esto reflejaría “saber que él disocia” y entregarlo como un conocimiento dado; más bien se espera que esta situación aparezca en la relación con el terapeuta incluyendo los sentimientos y la participación de éste. En este caso fue esperar a salir del desconcierto hasta que su pena y mi percepción de ésta me permitió contactarme emocionalmente con él para realizar la pregunta. Después pudimos continuar la elaboración de lo que para él significaba el duelo de su padre y lo difícil de estar afectado por la muerte de un padre que él sentía pusilánime.

## UN EJEMPLO EN LA SUPERVISIÓN CLÍNICA

La supervisión de terapeutas noveles es una de las actividades que yo considero más estimulante. Es una ventana al pensamiento de las nuevas generaciones y al modo de concebir el mundo de personas diez o veinte

años más jóvenes, personas en una situación de aprendizaje de psicoterapia. Si con ellas logramos un clima adecuado, un grado de sinceridad y espontaneidad respecto a lo que les sucede con los pacientes, desde mi perspectiva, creo que es la vía por la cual las podemos ayudar a desarrollarse como terapeutas. Estaba supervisando a una joven psicóloga que tiene en tratamiento a un joven aproximadamente de su edad que es extremadamente pasivo y sometido. Cuando le pregunto por qué lo eligió para supervisarlo, me contesta que está cansada con él, que no avanza, que no se decide a hacer nada y que cuando están próximos a un tema difícil él no viene, o esquivo el tema en sesión. Al margen del contenido lo que yo siento es que ella está tan enojada con su paciente que casi me parece cómico. Finalmente le digo: ¡Oye, por qué estás tan enojada con Pablo! Se queda en silencio. Se ríe y me dice: ¡Tanto se me nota! En ese momento se rompió el hielo entre ella y yo, y pudimos hablar sobre qué era lo que le molestaba tanto de él. Finalmente entendimos que lo encuentra cobarde y que esta actitud del paciente ha limitado su desarrollo. Este es un tema que a ella la toca directamente ya que tuvo un padre así. Esta actitud del padre tuvo para ella muy duras consecuencias, especialmente limitaciones en su propio desarrollo. Aclarado el estado afectivo de la terapeuta pudimos pensar en las dificultades del paciente sin el ambiente de descalificación y usando los sentimientos de rabia y pena vinculados al significado que puede tener en la vida, como quedarse empobrecido, con menos desarrollo del que él puede alcanzar.

Leer a Hoffman comentando sobre su experiencia con los supervisados me hizo mucho sentido. Él plantea que al escuchar los relatos de los supervisados finalmente lo que más le resalta es tratar de captar los afectos que se están transando entre el terapeuta y su paciente.

La dificultad permanente que el terapeuta puede tener en el flujo de la comunicación emocional con su paciente, la “impasse” desde la perspectiva de Safran y Muran, es un aspecto crucial que requiere ser entendido, por ejemplo en la supervisión.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Creo que en nuestra discusión sobre el aporte del constructivismo al psicoanálisis hay varios elementos que a mí me parecen relevantes y que quisiera resumir. El más básico es aceptar la imposibilidad de la neutralidad del analista con su paciente. Hay que tener claro que mientras más tratamos de perder la espontaneidad en el contacto, como una manera de ser “neutral”, también



nos estamos autodevelando, p.e. en nuestra inclinación técnica.

Los analistas no podemos saber más del paciente que él de sí mismo. No podemos presumir de conocer al paciente por el mero hecho de tener un diagnóstico sobre él. Los diagnósticos desde esta perspectiva son aproximaciones transitorias y flexibles, que necesariamente se van a modificar durante el proceso terapéutico en la medida que se desarrolle el “conocimiento adquirido durante el proceso en la experiencia directa con el paciente”.

Respecto al inconsciente, la posición constructivista indica que los analistas no podemos acceder al proceso inconsciente durante la experiencia, por lo tanto a su significado sólo accedemos a posteriori, a manera de una hipótesis para ser consensuada con el paciente. Además tenemos que ser conscientes que todo acto de entendimiento crea significados no simbolizados (no simbolizables) que no obstante ejercen una influencia continua sobre los significados que pueden ser aprehendidos. El punto anterior no significa que como analistas el conocimiento o estudio no tiene importancia. Tenemos la obligación de mantenernos informados de todos los desarrollos en nuestro campo que nos permita minimizar el error por ignorancia.

Esta visión nos coloca frente al desafío continuo de desarrollar un conocimiento de nosotros mismos en nuestro accionar en el campo terapéutico, en nuestras pre-concepciones, definiciones teóricas, ideológicas y en las necesidades afectivas que están en juego en la interacción con el paciente.

Tenemos que tolerar la incertidumbre en el devenir de la experiencia terapéutica sin perder la espontaneidad. Inevitablemente vamos a caer en la paradoja que mientras tratemos de ser técnicamente “algo”, ya sea empático, espontáneo, dejar el espacio, no autoritario, en ese mismo momento habrá un lado dialécticamente opuesto, un lado que está en el acto y que se nos queda fuera, o se nos devela por ausencia.

Otro punto central es que la asimetría entre paciente y analista está dada por roles dentro de la relación, no por quien sabe la “verdad” o se siente poseedor del conocimiento psicológico. Esto cambia evidentemente

la dinámica de poder dentro de la relación, donde el paciente queda más a cargo de su comprensión y por lo tanto el analista queda en una situación de menos poder e idealización.

Tengo que dejar claro que sólo pretendí entregar una visión de lo que ha significado el cambio epistemológico constructivista para la teoría psicoanalítica tradicional. En la discusión hay muchas disquisiciones respecto a cuán capaz ha sido el psicoanálisis de aceptar profundamente la epistemología constructivista, especialmente en el sentido de un emergente no predecible, la simetría de la relación paciente-terapeuta y la metodología hermenéutica para la evaluación de nuestras hipótesis. Esto daría para otro trabajo que espero que se realice en nuestro medio en el futuro próximo.

## REFERENCIAS

1. Bermann E. Psychoanalytic Supervision: The intersubjective Development. En: Aron L, Harris A (Ed). *Relational Psychoanalysis. Volume II. Innovation and Expansion*. The Analytic Press, London, 2005
2. Gergen K. *Realidades y relaciones; aproximaciones a la construcción social*. Capítulos 1 y 2. Ediciones Paidós Ibérica S.A., Barcelona, 1996
3. Hoffman IZ. Discussion: Toward a Social-Constructivist View of the Psychoanalytic Situation. *Psychoanal Dial* 1991; 1: 74-105
4. Hoffman IZ. Constructivist View of the Psychoanalytic Situation. Some Practical Implications of a Social-Dial. *Psychoanal* 1992; 2: 287-304
5. Hoffman IZ. *Ritual and Spontaneity in the Psychoanalytic Process; A Dialectical-Constructivist View*. Cap. 4, Pág. 103; Cap. 5, Pág. 137. The Analytic Press Hillsdale NJ, 1998
6. Mahanony MJ. Niemeyer compiladores del libro *Constructivism in Psychotherapy*. Cap. 4 (Formas y Facetas de psicología constructivista, autor William J. Lyddon), y Cap. 5 (Psicoterapia constructivista. Un marco teórico, autor Vittorio Guidano). American psychoanalytical Association, Washintong DC, 1999
7. Muran J (Ed). *Self-Relation in the Psychotherapy Process*. Cap. 1: An introduction: Contemporary constructions and Contexts, por J. Christofer Muran; Cap. 6: Intersubjectivity in the Analytic Situation por Lewis Aron. American psychological Association, Washintong DC, 2001
8. Orange DM, Atwood GE, Stolorow RD. *Working Intersubjectively: Contextualism in Psychoanalysis Practice*. Caps. 1, 2 y 3. The Analytic Press Inc., Hillsdale NJ 1997
9. Stern BD. The limits of Social Construction Psychoanal. *Commentary on Cynthia Dyess and Tim Dean article. Dial* 10: 757-769

## TEORÍA

# ESPACIO CONTINUO/DISCRETO: ALGUNAS CONSECUENCIAS DE LA TEORÍA EN LA APROXIMACIÓN PSICOPATOLÓGICA

(Rev GPU 2007; 3; 2: 173-176)

Nicolás Morán<sup>1</sup>

La revisión de las concepciones psicopatológicas de las distintas escuelas psicoanalíticas viene a poner el acento en la diferencia radical que existe entre unas y otras. La escuela inglesa, derivada del pensamiento de Melanie Klein y sus discípulos, propone la relación madre-hijo como interacción discontinua entre objetos discretos, y la escuela derivada del pensamiento winnicottiano (el grupo intermedio), como la continuidad en la relación del sujeto y su medio en un espacio potencial. Personalmente, me parece ver que la psicopatología se sitúa justamente en la discontinuidad de la relación de la madre con su hijo como entes discretos, quedando el sujeto expuesto al aislamiento defensivo y a la concreción. El siguiente ensayo busca reflexionar acerca de este punto exponiendo algunos aspectos de ambas escuelas para dialogar con ellos.

Los discípulos de Melanie Klein, y que se podrían denominar la escuela inglesa de las relaciones objetales (Heinmann, Isaacs, Rieviere, Rosenfeld) y que en algún momento se denominó grupo A, han desarrollado como estandarte el concepto de relación de objeto, con la intención de recalcar el modo de interacción del sujeto con su medio. Así, han considerado que desde el inicio el sujeto posee, a través de un Yo rudimentario, la capacidad para experimentar las ansiedades provenientes de la pulsión de muerte y, por medio de defensas primarias, la necesidad de interactuar con el mundo para protegerse de ésta. La interacción de ese

Yo en ciernes con el exterior estaría dada de entrada como un modo defensivo de relación, en que lo que es vivido internamente como posibilidad de destrucción es ubicado fuera vía proyección, generando con este ejercicio un modelo en que lo que se desaloja de sí retorna como amenaza.

Específicamente, lo que se realiza sería separar de sí lo peligroso para el Yo, negarlo, ubicarlo en un objeto externo, identificar y promover la identificación de ese objeto con lo que se le ha proyectado, todo esto escenificado en una fantasía inconsciente. Lo que se consigue es que lo que era intolerable para sí se vivencia

<sup>1</sup> Psicólogo clínico, Psicoanalista © ICHPA.

como intolerable en el otro, otro que en definitiva no es distinto de mí, aunque no exista un reconocimiento de este hecho.

La psiquis del sujeto modela entonces una aparente relación con un objeto externo que no es sino una prolongación de lo propio intolerable. Esto sería una descripción a modo grueso de lo que se presenta como una particular “relación de objeto”; ya que, de acuerdo a ésta, no habría una consideración de la singularidad de dicho objeto como algo distinto en donde queda de manifiesto la omnipotencia de la fantasía y el particular uso, a través del control, de la realidad. Esto es lo que dicha escuela propone con el modo de funcionamiento primario y que en su articulación posterior devendría como funcionamiento patológico de la personalidad.

Caper (1997), autor contemporáneo, seguidor de esta escuela, nos propone una alternativa interesante para revisar lo anterior. Al concebir la diferencia entre las fantasías inconscientes omnipotentes o delirantes, que corresponderían a lo descrito anteriormente, y las fantasías inconscientes, las cuales tendrían como alternativa la posibilidad de ser llevadas a la contrastación con la realidad —al ser hipótesis— y la posibilidad de aprender de la experiencia de dicha interacción. Esto basado en que el autor plantea que los fenómenos patológicos en el adulto no corresponden a un funcionamiento normal del aparato mental del niño en formación o estado mental primitivo, sino a elementos patológicos de ese niño, a través de la fantasía inconsciente omnipotente, que luego va a devenir en patología en el adulto. Es decir, la diferencia entre una y otra es que la primera permite aprender de la experiencia con lo que se esperaría su natural modificación con el tiempo.

Con esto, el sujeto no estaría atrapado en el juego de espejos proyectivos sino, más bien, orientado al desarrollo de una mente para sí. Esta “mente para sí” implica la posibilidad de captar y tolerar la propia subjetividad de los objetos con los que está en interacción, o podríamos decir, de los que depende, o sea, que el sujeto capta su dependencia de alguien que es independiente de él. Lo que le otorga de vuelta su propia independencia.

Todo esto estaría fundado en el modo de interacción dado por la identificación proyectiva, pero, como veremos, supone también una contraparte y no ya un mero objeto depositario de proyecciones sino que realice una función, un rol específico y fundamental con ellas, lo que en definitiva nos permite hacer clínica.

Para esto es necesario revisar entonces el concepto de reverié o contención que aporta Bion, fundamental para la comprensión de lo que ocurre en la “relación de

objeto”. Bion plantea que el recién nacido proyecta fuera de sí (en la madre) lo que siente como intolerable. La madre recibe y contiene esta proyección, dándole un significado a lo intolerable, lo cual permite que el niño reintroyecte lo nombrado que se hace tolerable. Con esto, el niño recibe de su madre la posibilidad de ir generando su propia capacidad de contener y pensar sus pensamientos para darle sentido a su experiencia, en lo que Bion denominó función alfa y elementos alfa. Ahora, “si la proyección no es aceptada por la madre, el niño siente que su sentimiento de que se está muriendo le es arrancado su significado” (Bion, 1967). Es decir, si la madre no acepta la proyección lo que se le devuelve al niño es su terror no metabolizado, lo que implica el desarrollo de una mente con elementos para ser evacuados.

Bion (1967) nos presenta con acierto la esencial función de la madre en el desarrollo de su hijo, función de contención y de elaboración de la función alfa, a través de la identificación proyectiva comunicativa entre madre e hijo. Sin embargo, esta concepción nos acerca más a la distancia cuando persiste la noción de madre e hijo como entidades discretas en la relación dual. El problema de esto es que no se percibe un aspecto fundamental de la situación. El niño, en ese ejercicio comunicativo, crea a la madre en este espacio “relacional” que se articula en forma dialéctica, esto es, mediante la identificación proyectiva realística el niño “modela” el aparato mental de la madre, el cual debe permitirse ser habitado por él. Esta diferencia sutil plantea una divergencia radical y habita, ya en germen, en lo que se considera como identificación proyectiva. Ésta ocurre en la mente omnipotente del niño, pero implica un ejercicio sobre el objeto, ahora, una diferencia se sitúa en la participación voluntaria del otro ya como otro pero en una relación de unicidad con el niño.

Esto abre la comprensión del fenómeno e implica modos de aproximación a la clínica muy distintos.

Si concebimos que en este espacio, “donde la madre da forma a la experiencia del infante y, sin embargo, (en el caso normativo), el moldeado de la madre al infante ha sido ya determinado por éste. La madre se permite ser habitada por el niño en su contraidentificación con el infante y es así creada por él al tiempo que lo está creando (moldeándolo). La forma que la madre da al niño está informada de manera singular por su propia experiencia de sí misma con él. (Bion sólo alude a la experiencia de la madre en este aspecto intersubjetivo; además, casi no considera la contribución específica de la constitución psicológica única de la madre a la relación madre-bebé)” (Ogden, 1992). La zona (hipotética) donde ocurre esto es la del espacio potencial.

Winnicott (1958), al crear el concepto de espacio potencial, da cabida a la observación del fenómeno que ocurre con la madre y su hijo, en el cual se desarrolla la vida psíquica del niño en transición desde esta unicidad con la madre al uso del objeto. La importancia en la comprensión de este espacio está en que son justamente en las alteraciones que aquí ocurren las que derivarán en patología.

En la relación madre-hijo no es posible pensar a ambos como entidades separadas, y el espacio potencial que se halla entre ellos es sólo un espacio hipotético que marca la separación-unidad de la madre y su hijo. La madre durante el embarazo entra en un estado de “casi enfermedad” en el fenómeno que Winnicott denomina preocupación materna primaria, y que remite a la madre a identificarse plenamente con su hijo al cual se le ofrece como continuidad de su ser-en-la-madre.

Así el niño, ante cualquier tensión, “creará” su propia satisfacción entendiendo que la madre suficientemente buena no existe para él sino como prolongación de sí mismo. La madre que interroga al niño respecto a esto, es decir, que interrumpe el gesto espontáneo del niño como expresión de su ser potencial con un gesto propio, generará una reacción del niño como modo defensivo de protección de este self potencial deviniendo así en la necesidad de construir un self defensivo o falso self.

La prematura conciencia del niño de la separación con la madre, es decir, la interrupción del proceso creativo de ilusión en el espacio potencial, creará diversas perturbaciones en las cuales el niño deberá sostenerse como ejercicio defensivo ante la ausencia de soporte materno, inclinándose hacia la fantasía o hacia la realidad, haciendo una división irreconciliable entre ambas, o bien, negándose a construir cualquiera de las dos debido a la amenaza que implican.

De cualquier modo, estas perturbaciones dejan en evidencia que la precoz toma de conciencia de la separación interrumpe el proceso de continuidad de la existencia del niño.

Teniendo ahora en consideración alguno de los postulados fundamentales de ambas escuelas, podemos discutir la hipótesis del comienzo, la cual proponía que es en la discontinuidad madre-hijo donde se generan los modos patológicos del ser.

Que la teoría en que se basa la escuela inglesa para hacer su clínica no incluya la idea de la continuidad del ser en el espacio potencial no implica que esto no ocurra sino, más bien, que no se puede apreciar desde aquí y esto dificulta la posibilidad de pensar y captar de dónde provienen las alteraciones clínicas que son posibles

de elaborar en la concepción de la transferencia como espacio potencial.

Consideremos lo que propone Caper para revisar esto. Para el autor, la creación por parte del paciente de una mente para sí implica el reconocimiento de la separación que debe hacer el paciente –y el analista– de lo que ha sido proyectado de lo que el analista es. Esto es posible en la medida en que el analista pueda distanciarse de lo proyectado en él. Para esto debe acoger las proyecciones del paciente pero igualmente mantenerse en contacto con sus propios objetos internos, en este caso, con el psicoanálisis, comprendiendo aquí por psicoanálisis el propio proceso de análisis y por la “pasión por el tipo de conocimiento que proporciona” (Caper, 1997).

Así, esta relación del analista con sus objetos internos excluye al paciente, el cual, al tomar contacto con esto, puede acceder a un contacto depresivo por la pérdida que implica la separación y “establecer un verdadero contacto consigo mismo” (Caper, 1997).

Considero que el contacto depresivo con la separación entre él y los objetos le permite al paciente justamente darse cuenta de su dependencia de ellos y a partir de esto comenzar a trabajar en ello. Sin embargo, y previo a esto, me parece que para llegar a concebir la separación –y la dependencia– primero es necesario establecer el modo de unión.

Al practicar la clínica desde las identificaciones del paciente hacia el analista, surge el riesgo de no considerar la participación del analista en la conformación del vínculo transferencial. Caper acierta cuando aclara que sólo es posible la creación de una mente para sí cuando el analista toma contacto con sus objetos internos, pero deja de lado lo que esto genera en la creación de un espacio en que interactúan paciente y analista, y que es engendrado por ambos.

Me parece que la mente para sí, tomando el concepto de Caper, es posible en la constitución de ese espacio tercero en el que están involucradas la subjetividad del paciente con la del analista. En este sentido, creo que el psicoanálisis no sería un objeto interno al cual vincularse al modo de una mente para sí sino lo que se instaura en ese espacio potencial que crea al analizado tanto como al analista, ese espacio interpretativo que forma sujeto de análisis entre analista y analizado.

Es así como la consideración de sujetos y objetos discretos en la transferencia nos genera un problema mayor al tener que considerar lo que es “del” analista y lo que es “del” paciente como entidades que interactúan desde sus mentes para sí. Esto no implica en absoluto que se proponga algo así como la confusión

o la indiferenciación, ya que estos fenómenos son también parte y caben dentro del marco de las entidades discretas. No, lo que se enfatiza es que lo que ocurre en la transferencia es la creación de ésta, no la fusión.

Es precisamente cuando el proceso continuo del estar siendo se hace discreto, se hace discontinuo, que surge la necesidad de reaccionar ante él con modos defensivos. En definitiva, la visión discreta de un proceso continuo opera como corte en el lugar en el que su aparición acontece como patología.

Lo que se vislumbra en el umbral de una teoría a otra es justamente un acto de discontinuidad que está demarcado por el uso conceptual y claramente por una epistemología distinta. Ciertamente que la intención no es hacer un cuerpo teórico único ya que es en la diferencia, en el contrapunto, en el intercambio dialéctico y en el espacio que de ahí se genera, donde surge lo creativo y el aporte de nuevas miradas clínicas.

El intento de pensar la clínica desde lo que nos enseña la escuela inglesa utilizando los conceptos aquí expresados no implica un desconocimiento de su valía, más bien, se hace con la intención de alcanzar una revisión de lo que se está observando, como un ejercicio para acceder a otros planos de comprensión del sujeto en la clínica.

## REFERENCIAS

1. Caper R. (1997) *Una mente para sí* (Libro anual de psicoanálisis) Vol. XIII pg. 73-85
2. Caper R. (1998) *Psychopatology on primary states (A mind of ones own)*. 1999 Ed. Routledge, Londres
3. Bion W. 1967: *Volviendo a pensar*. Ed. Lumen-Hormé, Bs. As., 1990
4. Winnicott D. (1958) *Collected papers: Through Pediatrics to Psycho-Análisis*. Basic Books, N.Y.
5. Ogden T. (1986) *El espacio potencial. La matriz de la mente*. Ed. Julián Yébenes, Madrid, 1989

## TEORÍA

# DEL CUERPO INDIVIDUAL A UN CUERPO RELACIONAL: DIMENSIÓN SOMÁTICA, INTERACCIÓN Y CAMBIO EN PSICOTERAPIA

(Rev GPU 2007; 3; 2: 177-188)

André Sassenfeld<sup>1</sup>

En las últimas décadas, el llamado “vuelco relacional” (Aron & Harris, 2005; Mitchell, 2000; Mitchell & Aron, 1999) en el campo de la psicoterapia ha colocado tanto el funcionamiento vincular general de los pacientes como las formas concretas de vinculación que se producen en el seno de la relación psicoterapéutica en un primer plano, simultáneamente ampliando, transformando y trascendiendo nociones tradicionales como transferencia y contratransferencia. Enmarcado en algunos de los planteamientos fundamentales del movimiento relacional contemporáneo, este trabajo busca articular algunas reflexiones teóricas y clínicas acerca de un posible lugar para el cuerpo en la práctica terapéutica. Con esta finalidad, se examinan algunos aspectos históricos relacionados con el lugar del cuerpo en la psicoterapia y, a continuación, se exploran en particular el concepto de un cuerpo relacional, la noción de la dimensión implícita de las interacciones humanas y algunas ideas recientes acerca de los mecanismos implícitos de cambio que actúan en los procesos psicoterapéuticos. Se utilizan estos conceptos para formular una concepción tentativa del papel que los cuerpos de paciente y psicoterapeuta tienen en la situación clínica. Las ideas presentadas en este artículo constituyen una continuación e intentan ser un refinamiento conceptual de los planteamientos iniciales de Araneda (2005), quien ya había llamado la atención sobre la ligazón de la dimensión relacional implícita y la corporalidad.

### BREVE PERSPECTIVA HISTÓRICA DEL LUGAR DEL CUERPO EN LA PSICOTERAPIA

La interrogante acerca del lugar del cuerpo en la psicoterapia no es un asunto nuevo. Sus orígenes se remontan al menos a las experiencias clínicas iniciales de Freud con la histeria, experiencias que constituyeron

el núcleo de sus contribuciones a los *Estudios sobre la histeria* (1895) publicados en conjunto con Breuer. Tal como esas contribuciones y su correspondencia personal con Fliess atestiguan, en los comienzos de su labor psicoterapéutica las intervenciones de Freud incluían la presión física sobre ciertas partes del cuerpo de sus pacientes, los masajes corporales y el tocar la cabeza

<sup>1</sup> Psicólogo. Departamento de Psicología y Facultad de Odontología, Universidad de Chile. Escuela de Psicología, Universidad del Pacífico. Contacto: asjorquera@hotmail.com



de sus pacientes para ayudarles a recordar. Algunas décadas más tarde la misma temática reaparece en los experimentos de Ferenczi con la denominada técnica activa y la “neo-catarsis”, que involucraban el cuerpo del paciente de modo directo en el proceso terapéutico y que estaban fundamentados en un renovado reconocimiento del trauma relacional temprano como factor etiológico primordial y de la abreacción emocional en el seno de una relación terapéutica segura como factor central que posibilita el cambio (Cornell, 2003; Schrauth, 2001; Totton, 2002).

Sin embargo, la gran influencia de la posterior actitud psicoanalítica de exclusión e incluso prohibición respecto del contacto físico entre analista y paciente y de la regla técnica tradicional que establece que los cuerpos de analista y paciente carezcan de la posibilidad de contacto visual en la situación clínica relegó el cuerpo a un lugar más bien conceptual. Siendo la teoría psicoanalítica clásica en muchos sentidos una teoría que intenta dar cuenta de cómo las pulsiones o impulsos corporales son representados en términos psíquicos y manejados por el individuo (Totton, 2002), entre otras cosas el cuerpo pasó a ser origen de las pulsiones, lugar misterioso de manifestación de determinados síntomas de origen psicógeno y base del yo (Freud, 1923). De este modo, quedó conceptualizado como cuerpo pulsional inserto en una metapsicología con un fundamento somático (Aron, 1998a) y, en términos concretos, fue marginado del tratamiento terapéutico mismo. Curiosamente, el hecho de que el psicoanálisis emplea para sus fines psicoterapéuticos una determinada postura corporal del paciente fue una circunstancia que, al parecer, durante mucho tiempo no fue tematizada<sup>2</sup>. El desarrollo de la medicina psicosomática,

fuertemente influenciado por la obra de psicoanalistas como Groddeck y Alexander, no logró modificar de manera significativa la situación descrita —el origen de síntomas somáticos fue entendido como psicógeno y, por lo tanto, el tratamiento siguió intentando resolver fenómenos corporales por medio de técnicas psicoterapéuticas verbales.

En el momento de la expulsión en gran medida política de Reich de la Asociación Psicoanalítica Internacional en 1934 (Nitzschke, 1999; Reich, 2003), su técnica del análisis del carácter estaba transformándose en una forma definida de psicoterapia de orientación corporal. Entre otras cosas, complementó en esa época su concepción original de una coraza caracterológica defensiva con la noción de una correspondiente “coraza muscular” con funciones paralelas, destacando la simultaneidad psicosomática de las defensas del individuo y desarrollando modalidades somáticas de intervención clínica adicionales a las técnicas verbales conocidas que apuntaban a un “análisis del carácter a nivel biológico” (Reich, 1942, 1945 [1933]). Los rumores acerca del estado precario de su salud mental condujeron a que los círculos oficiales del psicoanálisis descalificaran gran parte de su obra posterior, a menudo con argumentos que delataban un claro desconocimiento respecto de las significativas contribuciones teóricas y terapéuticas que realizó desde la década de 1930 en adelante. En este contexto, su trabajo fue continuado durante muchos años al margen del *establishment* psicoterapéutico hasta que, en 1989, la organización formal de la Asociación Europea de Psicoterapia Corporal (EABP) y sus esfuerzos de investigación empírica y clínica acerca de la efectividad de las aproximaciones somáticas al trabajo psicoterapéutico introdujo más ampliamente un posible lugar del cuerpo en la práctica clínica.

Más allá del conocimiento teórico y clínico de algunos aspectos relevantes de la psicoterapia corporal que en la actualidad es frecuente entre los psicoterapeutas de variadas orientaciones, después del extenso periodo de marginación del cuerpo en la práctica terapéutica el interés por éste ha resurgido al interior

<sup>2</sup> Cornell (2003) escribe: “La disposición de la consulta de Freud tiene que haber evocado una intimidad física inusual, en especial dentro de la época y la cultura de la Viena de fin de siglo. Aunque la silla de Freud estaba posicionada en un ángulo recto al paciente, el apoyo de brazo de la silla estaba directamente junto a la parte trasera del diván, colocando el hombro de Freud a sólo centímetros de la cabeza del paciente. El paciente debe haber sentido la voz de Freud resonando desde atrás, con una especie de cercanía que por lo común asociamos con el ser sostenido. Los dos deben haber estado lo suficientemente cerca como para que cualquier residuo del humo de cigarro de Freud que impregnaba su ropa llegara hasta los orificios nasales de su paciente. Con facilidad podría haberse girado un poco, sea en momentos de ensoñación o con intención consciente, para mirar el cuerpo del paciente. [...] A pesar de la preferencia explícita de Freud

por el contenido mental en el psicoanálisis, ni Freud ni sus pacientes alguna vez podrían haberse escapado por completo de la presencia del cuerpo dentro de la hora analítica. Incluso cuando alejaba su mirada de su paciente, sumergido en sus procesos asociativos, la mirada de Freud habría recaído sobre cientos de representaciones antiguas del cuerpo humano que llenaban toda superficie y rincón disponible (Engelman, 1976). En la consulta de Freud había imágenes, artefactos, la presencia de la forma humana, por todas partes” (p. 46).

de diversas corrientes psicoterapéuticas contemporáneas. Desde que los relatos de pacientes de Winnicott acerca de su experiencia terapéutica con él mostraron que en ocasiones se producía un contacto físico entre paciente y terapeuta (Little, 1990) y desde que Kohut (1984, 1987 [1974]) describiera en sus últimas contribuciones la posibilidad de que un individuo que coloca en silencio su brazo alrededor del hombro de un amigo afligido pudiese con esta aparentemente simple acción somática vitalizarlo y contribuir a regular su vivencia afectiva, y Fosshage (2003) confirmara que aquella descripción se basa en la experiencia selfobjetal de un paciente de Kohut que recibió efectivamente un abrazo de su terapeuta<sup>3</sup>, ha empezado a quedar cada vez más al descubierto que “incluir el contacto físico es un comienzo a la hora de ampliar nuestro horizonte respecto de la interacción con los pacientes [...]” (p. 287).

La temática del contacto físico en la situación terapéutica ha sido, en este contexto, uno de los asuntos que hasta la fecha han sido más discutidos (Fosshage, 2000; Toronto, 2001), aunque el interés por el lugar concreto del cuerpo en la psicoterapia es mucho más amplio y ha sido además muy influenciado por los avances en el tratamiento del trauma (Van der Kolk, 1994, 2002), por los significativos descubrimientos del neuropsicoanálisis (Schore, 2003a, 2003b), por el reciente énfasis conceptual y clínico en los afectos (Boadella, 2005; Fosha, 2001; Maroda, 2002; Schore, 2003a, 2003b) y, como veremos con mayor detalle en lo que sigue, por la investigación empírica de la interacción temprana entre infante y cuidador y por la investigación clínica de la interacción entre paciente y terapeuta. Por supuesto, a este desarrollo también ha contribuido la constatación de que la psicoterapia exitosa es capaz de modificar la estructura y las funciones neurobiológicas propias del organismo del paciente (Etkin *et al.*, 2005; Gabbard, 2000).

## RECUPERAR EL CUERPO: DEL CUERPO INDIVIDUAL AL CUERPO RELACIONAL

La necesidad de recuperar el cuerpo en el espacio clínico se ha hecho sentir especialmente entre quienes

se han dedicado a buscar posibilidades de integrar los hallazgos de la investigación empírica de infantes en el tratamiento psicoterapéutico de pacientes adultos y entre quienes se han ocupado de comprender la dimensión de la acción en la situación terapéutica.

Desde la primera perspectiva, que se ha focalizado en el estudio de las interacciones diádicas involucradas en la regulación afectiva y en la comunicación no-verbal recíproca (Beebe, 2004; Beebe & Lachmann, 2002; Knoblauch, 2005a; Lachmann, 2001; Schore, 2003a, 2003b, 2005a), Beebe y Lachmann (1994) señalan que “el cuerpo es el objeto de toda nuestra discusión porque percepción, cognición, afecto y activación son todas experiencias corporales” (p. 233) y Daniel Stern ha afirmado que “ha llegado el momento para volver a introducir el cuerpo en el psicoanálisis” (cit. en Geissler, 2001, p. 13). Desde la segunda perspectiva, interesada en dilucidar los procesos relacionales implicados en las puestas en escena [*enactments*] que transcurren en el seno de la situación clínica y en los significados inconscientes que tales interacciones portan, el cuerpo ha adoptado un lugar central en cuanto las secuencias que conforman una puesta en escena están constituidas por acciones corporales concretas o un diálogo no-verbal de acción por parte de paciente y terapeuta (Bass, 2003; Black, 2003; Jacobs, 2001). Knoblauch (2005b) indica, en este sentido, que los psicoterapeutas necesitan reconocer que el cuerpo siempre ha estado presente y que su inclusión intencional abre la posibilidad de comprender, tal como han estado mostrando los estudios neurobiológicos, que los fenómenos conscientes e inconscientes son siempre fenómenos corporizados con correlatos somáticos definidos.

En el marco del psicoanálisis relacional, hace ya diez años Mitchell (1996) explicitó la necesidad de los teóricos relacionales de prestar atención al lugar del cuerpo y de la experiencia somática en sus teorías. Desde entonces ha estado claro que se requieren “conocimientos de las formas en las que el cuerpo y la experiencia corporal tanto construyen como son co-construidas en la matriz relacional” (Aron & Sommer, 1998, p. xv). Kimble (1998) piensa que, en sus esfuerzos por lograr que su proyecto científico fuera respetable al interior de la cultura victoriana del dualismo cartesiano y con su propia debilidad por el dualismo cartesiano, [Freud] promovió una disociación fortuita del cuerpo. Un siglo después de los descubrimientos históricos de Freud, estamos ahora embarcándonos en el proyecto vivo de traer la corporización [*embodiment*] de vuelta al psicoanálisis y de llevar los estados corporales al primer plano de las mentes de paciente y analista por igual. Seguimos hablando de la “cura por la palabra”,

<sup>3</sup> “Estoy pensando en Kohut, quien, cuando estaba acompañando a su paciente hacia la puerta, colocó su brazo alrededor del hombro de éste y le dio un abrazo tranquilizador. El paciente, que también era un analista, ha relatado esta experiencia y cuán importante fue para él” (Fosshage, 2003, p. 288).

pero una cura que incluye una profunda conciencia de los estados corporales primitivos de la mente. No sólo el cuerpo sexual edípico como objeto sino el cuerpo subjetivamente experimentado y vivido en su totalidad —el adentro y el afuera y en algún lugar en el medio— el cuerpo que es creado, aprehendido y disfrutado en términos relacionales (p. 114).

La constatación de Kimble pone de manifiesto que el cuerpo que los psicoterapeutas relacionales contemporáneos buscan recuperar no es un cuerpo individual existente de manera independiente e inserto, parafraseando a Stolorow y sus colaboradores (2002), en una visión ligada a un “mito del cuerpo aislado”. Más bien, se trata de un cuerpo profunda y constitutivamente vincular que surge y que es conocido en relación con otros cuerpos. Haciendo alusión a la conocida expresión de Winnicott, Orbach (2004) asevera en este sentido que no existe tal cosa como un cuerpo, proponiendo reemplazar la tradicional concepción de un cuerpo pulsional por el concepto de un cuerpo relacional.

Desde esta perspectiva, siguiendo las ideas iniciales de Reich (1942, 1945 [1933]) en torno a los orígenes de ciertos aspectos de la estructura corporal en las relaciones objetales infantiles y en la formación de las corazas caracterológica y muscular, y siguiendo las ideas más recientes de Mitchell (1988) respecto de la determinación de funciones corporales tan básicas como la defecación por las características de la matriz relacional en la cual el individuo se encuentra inserto, en la actualidad puede considerarse que la vivencia y estructura del cuerpo están en gran medida influenciadas por las experiencias vinculares tempranas y posteriores. Esta manera de concebir la *estructura* corporal externa perceptible por un observador es una parte integral de las teorías clínicas de los psicoterapeutas corporales que desarrollaron el concepto reichiano de la identidad funcional de coraza caracterológica y coraza muscular, mientras que a los teóricos relacionales posiblemente les resulte hasta el momento más accesible aproximarse de este modo a la *experiencia* del cuerpo. Con todo, el punto de vista relacional nos permite suponer en términos amplios que el cuerpo y la dimensión somática de la experiencia emergen a partir del encuentro con otro (Cornell, 2003; Harris, 1998) y, por otro lado, que las experiencias vinculares son siempre también fenómenos psicobiológicos con componentes somáticos (Aron, 1998b; Boadella, 2005; Schore, 2003a, 2003b, 2005a). Desde este punto de vista, elaborando la noción freudiana del yo corporal, Aron (1998a) sugiere que “nuestro self es antes que nada un cuerpo-tal-como-es-experimentado-siendo-manipulado[*handed*]-y-sostenido[*held*]-por-otro-self,

en otras palabras, nuestro self es un self-corporal-inter-subjetivo” (p. xx).

Estas ideas adquieren especial relevancia en el marco de la investigación reciente de la primera infancia, en cuanto el diálogo afectivo no-verbal característico de las interacciones entre un infante y sus cuidadores es en esencia un diálogo inter-somático recíproco que involucra principalmente procesos corporales comunicativos como gestos, vocalizaciones, movimientos y expresiones emocionales (Beebe & Lachmann, 2002; Boadella, 2005; Cornell, 2003; Pally, 2001; Schore, 2003a, 2003b, 2005a; Trevarthen & Aitken, 2001). Más allá, los investigadores de infantes y los investigadores neuropsicoanalíticos han mostrado que, lejos de pertenecer sólo a las interacciones tempranas, el diálogo inter-corporal descrito está presente en todos los contactos humanos a lo largo del ciclo vital en su conjunto. Por lo tanto, la dimensión no-verbal somática de las relaciones interpersonales —en especial, la “experiencia de cuerpos en relación en el seno de la diada analítica” (Harris, 1998) y el “diálogo corporal en la relación terapéutica” (Keleman, 1986) que se manifiesta a través de la comunicación no-verbal y las puestas en escena— ha ido pasando cada vez más al primer plano de la atención de muchos psicoterapeutas. Para muchos, ésta constituye una primera respuesta a la necesidad de comprender y conceptualizar los procesos interactivos que caracterizan la situación clínica (Beebe *et al.*, 2003; Beebe & Lachmann, 2002; Mitchell, 2000).

Parte de esta ampliación de la atención de los psicoterapeutas ha sido la incorporación de la distinción fundamental entre procesos implícitos y procesos explícitos, proveniente originalmente del campo de las ciencias cognitivas, y que es aplicada a fenómenos que incluyen la memoria, el aprendizaje, el conocimiento y más en general el procesamiento psicológico de la experiencia. Mientras que el procesamiento psicológico explícito de la experiencia remite a procesos psíquicos más bien conscientes, simbólicos y verbales o al menos en alguna medida verbalizables, el procesamiento implícito de la experiencia remite a procesos psíquicos no conscientes que transcurren fuera del foco atencional, que en general no son verbalizables por completo y que, más allá, no son necesariamente del todo conscientizables. Se trata de procesos en lo fundamental inconscientes que, sin embargo, no son necesariamente excluidos de manera defensiva de la conciencia (BCPSG, 1998; Mancía, 2006). En el desarrollo humano, el procesamiento implícito surge con anterioridad al procesamiento explícito y es, por ende, predominante en los dos primeros años de vida en términos de memoria,

aprendizaje y conocimiento. En efecto, los procesos psíquicos implícitos que resultan ser de relevancia para los psicoterapeutas, aunque no se limitan a ese ámbito experiencial, están ligados con “las experiencias más tempranas y más significativas del infante con la madre y el entorno circundante” (Mancia, 2006, p. 85). En este sentido, están relacionados con las actividades mentales pre-verbales repetitivas y automatizadas que proveen decisiones inmediatas respecto de las situaciones externas que el organismo enfrenta y que fundamentan específicamente la forma en la que el individuo ha aprendido a vincularse con los demás (BCPSG, 1998; Beebe *et al.*, 2003; Beebe & Lachmann, 2002; Fosshage, 2005a; Lyons-Ruth, 1999; Mancia, 2006; Schore, 2003a, 2003b, 2005a).

El reciente concepto del denominado conocimiento relacional implícito y las reflexiones acerca de su relevancia en los procesos psicoterapéuticos desarrolladas en gran medida por el Boston Change Process Study Group (BCPSG, 1998, 2002) dan cuenta de la decisiva influencia de la distinción descrita. Como es sabido, el conocimiento relacional implícito es una noción que hace referencia al conjunto de representaciones implícitas que el individuo ha desarrollado desde su primera infancia en adelante respecto de cómo se llevan a cabo determinadas cosas con otros, tales como expresar afecto, recibir atención y reaccionar de una cierta manera frente al enojo de otro. Gran parte de nuestra experiencia relacional es codificada y almacenada de forma implícita y la organización de la dimensión implícita se pone de manifiesto a través del hacer. Este tipo de conocimiento es, por lo tanto, perceptible “en la estructura de interacciones fantaseadas así como en la estructura enactiva de interacciones reales” (Lyons-Ruth, 1999, p. 324) —estando la estructura enactiva de las secuencias interactivas ligada de modo primordial a la dimensión vincular de la acción y la comunicación no-verbal. En este contexto, es de importancia constatar que la investigación actual ha aportado un amplio conjunto de hallazgos que apoyan la idea de que el procesamiento implícito juega un papel primordial especialmente en el manejo rápido e instantáneo de las claves afectivas no-verbales involucradas en la comunicación recíproca, que incluye en particular claves conductuales, expresiones faciales, gestos, movimientos, tono de voz y cambios viscerales como sudoración y coloración de la piel (Beebe & Lachmann, 2002; Pally, 2001; Schore, 2003a, 2003b). Es decir, desde el punto de vista relacional los procesos implícitos que caracterizan la interacción son en gran medida fenómenos y acciones de naturaleza somática.

## LA INTERACCIÓN ES INTER-ACCIÓN: DIMENSIÓN IMPLÍCITA Y DIMENSIÓN SOMÁTICA EN PSICOTERAPIA

Aron (1998b) afirma que

la situación psicoanalítica supone dos individuos que en conjunto procesan, experimentan y reflexionan sobre fenómenos psicósomáticos. En consecuencia, mientras que con anterioridad he teorizado sobre un encuentro de mentes (Aron, 1996), aquí describo el interjuego mutuo de cuerpo-mente y mente-cuerpo (Grotstein, 1997), una especie de retorno de una *psicología de dos personas* a la idea original de Rickman acerca de una psicología de dos cuerpos (cit. en Balint, 1950, p. 123). (cursiva del original, p. 3)

En efecto, podemos suponer que el campo terapéutico intersubjetivo co-construido por paciente y terapeuta incluye no sólo dos mentes sino también dos cuerpos (Schore, 2005b). En el contexto de esta concepción relacional-somática global de la situación psicoterapéutica, tal como hemos mencionado, el interés de muchos terapeutas contemporáneos ha recaído en la comunicación no-verbal y en los procesos interactivos implícitos. Para Schore (2005a), los elementos “críticos de las comunicaciones intersubjetivas implícitas inconscientes enraizadas en transacciones afectivamente cargadas de apego son más que *contenidos mentales*; más bien, son *procesos psicobiológicos somáticos* interactivamente comunicados y regulados y dis-regulados que median estados emocionales conscientes e inconscientes compartidos” (pp. 843-844, cursivas del original).

Sin embargo, durante mucho tiempo este foco de interés había sido más bien marginal. En el transcurso del desarrollo de la técnica clínica del análisis del carácter, Reich (1945 [1933]) ya había subrayado que manifestaciones como el “comportamiento del paciente, su mirada, su manera de hablar, su expresión facial [...], su modo de dar la mano, etc., [...] no sólo son subestimadas en cuanto a su significación analítica, sino por lo general completamente pasadas por alto” (p. 51). Recientemente, Jacobs (2001) ha reafirmado la constatación original de Reich al aseverar que, a pesar de que los psicoterapeutas están muy interesados en la comunicación inconsciente, uno de sus medios principales de expresión en la psicoterapia —el intercambio no-verbal implícito— ha permanecido como proceso poco comprendido y estudiado. Incluso los psicoterapeutas corporales, que disponen de amplios conoci-

mientos acerca del lenguaje expresivo del cuerpo, sólo en los últimos años se han dedicado a estudiar más específicamente el lenguaje corporal relacional. De acuerdo a Jacobs, sabemos muy poco acerca de cómo la dimensión no-verbal de la relación terapéutica está vinculada con la interpretación, la resistencia, la elaboración y otros aspectos fundamentales de los procesos psicoterapéuticos. También Schore (2005b) señala que, durante muchos años, “el ámbito de las comunicaciones no-verbales implícitas y de los estados afectivos de base corporal ha sido desvalorizado o ignorado por el psicoanálisis oficial, el cual ha sobre-enfatizado mecanismos cognitivos verbales explícitos [...]” (p. 18) y en gran medida pasado por alto el “núcleo psicobiológico” (Schore, 2005a) de la relación terapéutica. En lo que resta de este artículo intentaremos ofrecer algunas reflexiones tentativas acerca del lugar del cuerpo relacional en la psicoterapia y acerca de su valor desde la perspectiva de la acción terapéutica y el cambio.

La interacción psicoterapéutica, siendo la comprensión de su naturaleza una de las cuestiones más urgentes en el campo de la psicoterapia actual (Beebe *et al.*, 2003), es en todo el sentido del término *interacción*, es decir, acción entre paciente y terapeuta. De modo significativo, Knoblauch (2005a) señala que la acción ha dejado de entenderse de manera predominante como *acting-out* y que en la actualidad más bien podemos considerar que en general constituye formas de vinculación mediante las cuales los pacientes se comunican afectivamente y construyen significados relacionales personales a partir de su lazo emocional con el terapeuta. Las acciones relacionales del paciente corresponden, en consecuencia, a patrones somáticos específicos de relación y apego (Keleman, 1986) que el paciente introduce en la relación terapéutica para vincularse con el psicoterapeuta en base al conocimiento relacional implícito que trae consigo. Por ejemplo, una paciente con una historia de abandono infantil re-ubica su asiento al comienzo de cada sesión alejándolo algunos centímetros del asiento del terapeuta, anticipándose con ello en su acción a un eventual y temido apartamiento emocional de éste.

Dado el carácter intrínsecamente recíproco e intersubjetivo de la comunicación no-verbal y de las secuencias interactivas (Aron & Harris, 2005; Beebe *et al.*, 2003; Beebe & Lachmann, 2002; Mitchell, 2000; Mitchell & Aron, 1999; Schore, 2005a), el terapeuta se encuentra en un lugar análogo al del paciente, una circunstancia cuyas implicancias teóricas y clínicas han comenzado a explorarse con mayor detalle en las últimas décadas y que Maroda (2002) ha captado con elocuencia en la expresión “no hay lugar donde esconderse”. De hecho, la

situación terapéutica constituye una relación implícita compartida (BCPSG, 1998). En el ejemplo recién descrito, un terapeuta con una historia personal de experiencias de distancia afectiva por parte de sus cuidadores puede a su vez “echarse para atrás” en su asiento frente al retraimiento de su paciente y mantenerse con ello emocionalmente protegido respecto de ella. De esta manera, esta situación ejemplifica la co-construcción de un patrón somático relacional comunicativo de interacción, basado en las experiencias vinculares históricas de cada uno, cuyas consecuencias y significados para ambos participantes pueden convertirse en ingredientes esenciales del proceso psicoterapéutico. Así, “incluir los patrones de movimiento de paciente y analista [es] una herramienta valiosa en los esfuerzos en curso del analista por transformar sus reacciones subjetivas en comprensiones útiles más que en acciones automáticas” (Jacobs, 2001, p. 190). En otras palabras, la atención del psicoterapeuta a los patrones corporales vinculares de movimiento que establece con su paciente constituye una puerta de entrada al entendimiento del interjuego de los conocimientos relacionales implícitos que cada uno trae consigo al diálogo terapéutico.

La interacción transcurre de manera simultánea en los niveles implícito y explícito e implica todo el rango existente de fenómenos psicosomáticos que pueden llegar a tener una función relacional y comunicativa. En este sentido, pueden por ejemplo distinguirse desde el punto de vista clínico puestas en escena que varían entre cambios casi imperceptibles de postura, movimiento, expresión facial, mirada, afecto y tono de voz —fenómenos más cercanos al nivel implícito— y acciones bastante directas, abiertas y complejas —procesos más ligados al nivel explícito (Bass, 2003; Jacobs, 2001). Ahora bien, aunque “tanto el procesamiento explícito como el implícito afectan el encuentro psicoanalítico en cada instante, el psicoanálisis ha conceptualizado primariamente el primero pero no el segundo” (Beebe *et al.*, 2003, p. 755). Lyons-Ruth (1999) ha planteado la necesidad conceptual de visualizar estos dos niveles como principios paralelos y separados de organización que, no obstante, pueden influenciarse mutuamente y cuya importancia para la comprensión de los procesos terapéuticos es equivalente y complementaria. En efecto, dadas las diferencias funcionales existentes entre estos dos ámbitos, tal distinción resulta clínicamente fundamental en cuanto la forma concreta de abordar en términos psicoterapéuticos fenómenos pertenecientes a cada uno de ellos debe ser también distinta. Si el nivel implícito guarda relación en lo principal con procesos no-verbales y, como hemos afirmado, a menudo no verbalizables y difíciles de conscientizar, las in-



tervenciones terapéuticas verbales sólo pueden tener una utilidad y efectividad limitadas para tratar con él.

En la actualidad, está claro que queda aún mucho trabajo por hacer para fundamentar de manera teórica adecuada el uso clínico sistemático de las puestas en escena. Sin embargo, ya sabemos que la utilización de la dimensión de la acción en el contexto terapéutico requiere cierto grado de libertad por parte de los psicoterapeutas para interactuar con los pacientes porque, sin esta libertad, las reglas técnicas que orientan la psicoterapia pueden impedir tanto el despliegue de secuencias interactivas significativas como la apertura del terapeuta para reconocer y reflexionar sobre las secuencias de acción que efectivamente se producen. Tal como indica Black (2003), la utilización constructiva de las puestas en escena requiere del clínico una disposición a interactuar con los pacientes en formas que a veces caen fuera de la postura tradicional recomendada. Más allá, Black señala la relevancia de un interés genuino por fenómenos experienciales como los propios impulsos a actuar y las propias sensaciones somáticas en vez de enfrentar tales vivencias con sentimientos de culpa o inadecuación, ignorarlos o desecharlos. Diversos teóricos han afirmado, desde esta perspectiva, que algunas comprensiones que pueden resultar cruciales para el proceso terapéutico sólo se hacen posibles a raíz de determinadas acciones recíprocas que hacen disponibles para la reflexión de terapeuta y paciente ciertos aspectos y significados del funcionamiento psíquico y relacional de ambos (Black, 2003; Renik, 1993).

En este marco general, los investigadores que se han dedicado a estudiar los procesos de comunicación no-verbal e interacción más cercanos al procesamiento explícito —es decir, reconocibles, simbolizables y verbalizables sin mayores dificultades cuando se les presta atención— consideran que éstos pueden ser manejados de forma terapéuticamente conveniente mediante intervenciones de naturaleza verbal. En este sentido, puede ser de utilidad hablar con el paciente de la secuencia interactiva en cuestión y explorar sus posibles significados en términos del pasado relacional del paciente y también en términos del vínculo actual con el psicoterapeuta (Black, 2003; Jacobs, 2001). No obstante, la “dimensión no-verbal de la comunicación, manifestada por medio de la expresión facial, los gestos, el tono de voz y el ritmo, es usualmente implícita, fuera de la conciencia, no siendo conscientemente ‘intencional’ (aunque es acción orientada a una meta) [...]” (Beebe *et al.*, 2003, p. 750) y, asimismo, las interacciones “en las modalidades no-verbal e implícita son rápidas, sutiles, co-construidas y están en general fuera de la conciencia” (Beebe, 2004, p. 48). Siguiendo a Mancía (2006),

la importancia que se le ha concedido históricamente a la dimensión explícita debe dejar de distraernos de la tarea de prestar atención sistemática a lo que el paciente ni dice ni recuerda, sino que comunica de forma no-verbal implícita a través de puestas en escena más sutiles y, por lo tanto, más difíciles de reconocer y decodificar. Así, estamos frente a una perspectiva clínica que enfatiza, en el contexto de las limitaciones de la simbolización y el lenguaje verbal en el ámbito implícito, la experiencia y la comunicación no-verbal corporizada como puerta primordial de entrada a significados inconscientes relevantes (Knoblauch, 2005a).

Las reflexiones que anteceden arrojan al menos dos interrogantes fundamentales. Por un lado, dada la noción de la relativa autonomía de la dimensión implícita respecto de la dimensión explícita sería necesario esclarecer de qué manera se puede acceder a la percepción de los patrones interactivos sutiles y de los significados relacionales que se manifiestan en éstos, y, por otro lado, cómo se pueden abordar los procesos implícitos de interacción de manera que resulten ser clínicamente útiles. Respecto de la primera interrogante, dado que en la situación terapéutica los procesos interactivos implícitos se manifiestan como comunicaciones no-verbales de naturaleza sensoriomotriz y somática (Knoblauch, 2005a; Schore, 2003a, 2003b, 2005a) y dado que las puestas en escena proveen al terapeuta de información a través de la experiencia corporalmente sentida (Black, 2003), podemos afirmar que los psicoterapeutas “necesitan prestar considerablemente más atención de lo que se nos ha enseñado a los fenómenos corporales en nosotros mismos y en nuestros pacientes” (Aron, 1998b, p. 28) debido a que lo que captamos de los pacientes en el nivel implícito nos impacta y lo sentimos en primer lugar en el cuerpo. Para Kimble (1998), esto implica ampliar el terreno del trabajo psicoterapéutico con la finalidad de traer la experiencia corporal a las mentes de terapeutas y pacientes. Piensa que es factible aprender a sintonizarse más “con el cuerpo-mente en la danza analítica si no sólo escuchamos con el tercer oído sino además sentimos de modo consciente con nuestra piel, nuestros huesos y nuestras vísceras las narrativas del deseo de nuestros pacientes” (pp. 114-115).

De modo similar, Schore (2005a) indica que a través de un estado psíquico de receptividad el terapeuta tiene que ser capaz de acceder a sus propias respuestas intuitivas de base corporal respecto de la comunicación implícita del paciente con tal de comprender los significados transmitidos por medio de los procesos relacionales implícitos. Indica que en el diálogo terapéutico intersubjetivo “el clínico psicobiológica-



mente entonado e intuitivo" (p. 845) aprende acerca de la estructura no-verbal rítmica de las experiencias del paciente y, en base a ese conocimiento, modifica de manera "relativamente flexible y fluida su propio comportamiento para sincronizarse con esa estructura, co-creando con ello junto al paciente un contexto facilitador del crecimiento para la organización de la alianza terapéutica" (p. 845). Otros teóricos mencionan la necesidad de estar alerta respecto de la información acerca del paciente que el psicoterapeuta recibe a través de los sentidos y de estar en contacto con la propia realidad corporal inmediata (Araneda, 2005), la importancia de aprender a tener conciencia de las propias reacciones vegetativas y "límbicas" automáticas que contribuyen a la co-construcción de los patrones vinculares implícitos en el encuentro psicoterapéutico (Boadella, 2005), y la relevancia de la resonancia empática a la hora de aproximarse a las experiencias, afectos y significados codificadas en la memoria implícita del paciente (Mancia, 2006).

Respecto del abordaje clínico de las secuencias implícitas de interacción existen en la actualidad dos concepciones básicamente diferentes, aunque también pueden ser visualizadas como estrategias complementarias de intervención. Por un lado, diversos investigadores consideran que lo que resulta terapéuticamente útil es la simbolización y traducción de los patrones implícitos de vinculación al nivel verbal explícito, un procedimiento que facilita la conciencia, diferenciación e integración de los significados que contienen (BCPSG, 1998; Fosshage, 2005a; Knoblauch, 1996, 2005a; Lyons-Ruth, 1999; Mancia, 2006). Desde este punto de vista, Mancia (2006) señala que los fenómenos implícitos requieren de la posibilidad de representación explícita y que en consecuencia, una vez percibidas y reconocidas, la tarea básica del psicoterapeuta es ponerle palabras a las secuencias vinculares implícitas con el objetivo de proporcionarles un significado simbólico y ligarlas con el pasado relacional del paciente. Para Knoblauch (2005a), éste es un desafío paradójico porque la explicitación de actividad no simbólica requiere alguna forma concreta de representación o simbolización. Knoblauch subraya que se trata en este caso de simbolizar la experiencia corporal vivida y no la experiencia ya simbolizada en un ir y venir entre ambas dimensiones, un proceso referencial que busca establecer conexiones entre las palabras y la experiencia corporal visceral y que en ocasiones se ve facilitado por el empleo de metáforas e imágenes (Beebe *et al.*, 2003; Fosshage, 2005a; Lyons-Ruth, 1999). La elaboración de modalidades explícitas de conocimiento a partir de los fenómenos que surgen en el nivel implícito puede contribuir de manera signi-

ficativa a la reorganización del conocimiento relacional del paciente.

Por otro lado, la relativa autonomía del ámbito implícito implica que "la organización del significado está implícita en la organización del diálogo relacional enactuado [enacted] y no requiere de pensamiento reflexivo o verbalización para ser [...] conocida" (Lyons-Ruth, 1999, p. 314), siendo inevitable que una parte considerable del trabajo terapéutico de modificar el conocimiento relacional implícito transcurra en la misma dimensión a la cual pertenece. Dicho de otro modo, el abordaje clínico de los procesos interactivos implícitos puede producirse en el mismo nivel implícito, existiendo situaciones en las cuales el lenguaje verbal explícito colapsa la complejidad intrínseca a la interacción no-verbal y resulta innecesario para generar un cambio duradero en la experiencia relacional del paciente (Bass, 2003; BCPSG, 1998; Beebe *et al.*, 2003; Black, 2003; Knoblauch, 1996, 2005a; Lyons-Ruth, 1999). Desde la perspectiva de la investigación de infantes, Lyons-Ruth (1999) ha argumentado que

la re-transcripción del conocimiento relacional implícito al conocimiento simbólico es trabajosa, no es intrínseca al sistema relacional de base afectiva, nunca se logra por completo y no corresponde a la forma en la que se logra en general el cambio evolutivo del conocimiento relacional implícito (p. 315).

Por lo tanto, la tarea terapéutica central está vinculada simultáneamente con posibilitar la desestabilización y deconstrucción de los patrones relacionales implícitos existentes y la organización de patrones relacionales implícitos nuevos a partir de la transformación de las secuencias no-verbales co-construidas de interacción y del diálogo somático de acción. En este sentido, paciente y psicoterapeuta se ven frente a la necesidad de desarrollar en conjunto formas implícitas novedosas y más satisfactorias de vinculación con la finalidad de enriquecer y ampliar el conocimiento relacional implícito del paciente. Así, las puestas en escena más cercanas al nivel implícito constituyen oportunidades más allá del lenguaje para el procesamiento y la re-estructuración de un amplio rango de experiencias asociadas a las diversas configuraciones vinculares que el paciente trae consigo (Bass, 2003).

## CUERPO, VÍNCULO Y CAMBIO

En la actualidad, se ha hecho necesario investigar y comprender el "algo más" que la interpretación, entendida como hacer consciente lo inconsciente, capaz de

dar cuenta de los procesos psicoterapéuticos de cambio (BCPSG, 1998, 2002; Lyons-Ruth, 1999). En este contexto, el creciente reconocimiento de que la dimensión del lenguaje verbal explícito por sí sola no es suficiente para producir transformaciones psíquicas profundas y duraderas ha llevado a que las teorías recientes acerca de la acción terapéutica y los factores que generan cambio en la psicoterapia se hayan ido encaminando progresivamente en la dirección de una mayor valoración de los aspectos relacionales que constituyen el encuentro entre paciente y psicoterapeuta (BCPSG, 1998, 2002; Beebe, 2004; Beebe *et al.*, 2003; Beebe & Lachmann, 2002; Fosshage, 2003, 2005a; Knoblauch, 1996, 2005a; Kohut, 1984; Lyons-Ruth, 1999; Schore, 2003b, 2005a). De acuerdo a Seligman (2003), los investigadores contemporáneos suponen la existencia de diversas modalidades confluyentes de acción terapéutica involucradas a la hora de generar cambios terapéuticos significativos, incluyendo la interpretación y la consiguiente aparición de *insights*, la interrupción de patrones relacionales antiguos, contención y *holding*, empatía y elaboración de disrupciones en el lazo terapéutico, mejoramiento de la función reflexiva y un conjunto amplio de concepciones adicionales.

Entre estas numerosas concepciones están también los procesos relacionales ligados a la dimensión no-verbal y somática implícita de la interacción terapéutica:

los analistas contemporáneos han empezado a tomar conciencia del grado en el cual la fuerza transformadora de la relación psicoanalítica se encuentra, en gran medida, entre líneas. Mientras que teóricos de todas las orientaciones buscan articular la fuente de la acción terapéutica y el cambio, la experiencia clínica cotidiana a menudo refleja el poderoso efecto de lo que puede localizarse en la experiencia incipiente, la resonancia a menudo pre-consciente que se genera en aquella dimensión de la experiencia que hemos comenzado a considerar como enactuada [...] (Bass, 2003, pp. 657-658)

De este modo, la psicoterapia exitosa reorganiza tanto aspectos centrales de la dimensión explícita como aspectos centrales de la dimensión implícita. Esto significa que en los procesos terapéuticos actúan —aparte de los mecanismos verbales y cognitivos explícitos de cambio que conocemos— mecanismos implícitos que yacen debajo de las palabras y cuyos resultados mutativos se manifiestan con relativa independencia de los procesos explícitos de simbolización (Beebe, 2004;

Knoblauch, 2005a; Lyons-Ruth, 1999; Schore, 2004, 2005a). Así, la psicoterapia no sólo crea nuevas ideas y reformula ideas antiguas sino que a través de los mecanismos implícitos además modifica la relación terapéutica implícita compartida y, en consecuencia, los patrones no-verbales corporales de vinculación existentes entre paciente y terapeuta. Según Lyons-Ruth (1999), podemos considerar que aspectos fundamentales de la acción terapéutica transcurren en el nivel vincular implícito sin ser nunca explicitados y verbalizados. Agrega que, de hecho, los aprendizajes complejos en la adultez tienden a involucrar procesos implícitos. Por lo tanto, cambios relevantes en el conocimiento relacional implícito del paciente y de la díada terapéutica pueden ocurrir a través de mecanismos diferentes de aquellos implicados en cambios de las formas explícitas de conocimiento.

Knoblauch (1996) piensa que estos mecanismos implícitos no corresponden al efecto de una intervención clínica en particular sino a una secuencia determinada de momentos interactivos que configura el campo relacional de cierta forma y que es co-construida por paciente y terapeuta. Comentando uno de sus casos, Knoblauch asevera que “en parte mediante intercambios verbales, pero en mayor medida mediante intercambios no hablados en modalidades no-verbales de comunicación, habíamos aprendido a transformar una escena antigua en una escena nueva” (p. 327). En este sentido, la modificación del conocimiento relacional implícito no se produce por medio de procesos como la corrección de fallas empáticas pasadas o el manejo de déficits afectivos históricos, sino más bien a través de la aparición de formas implícitas nuevas de vinculación en el seno del campo intersubjetivo co-construido por paciente y psicoterapeuta (BCPSG, 1998, 2002; Beebe & Lachmann, 2002; Lyons-Ruth, 1999). Desde la perspectiva que hemos desarrollado en este artículo, esto significa que en alguna medida se logran transformar los patrones relacionales somáticos y los patrones de comunicación no-verbal que se establecen entre ambos participantes en el trabajo terapéutico —es decir, la psicoterapia exitosa modifica los cuerpos relacionales de paciente y terapeuta y el diálogo de acción enactuado que se configura entre ellos.

Aún queda mucho por entender acerca de cómo las modalidades implícitas de relación cambian y, ligado a ello, acerca de la participación del psicoterapeuta en la relación implícita compartida en calidad de nuevo tipo de pareja vincular que posibilita la cristalización de conocimiento relacional implícito más complejo y diferenciado (Beebe, 2004; Beebe *et al.*, 2003; Lyons-Ruth, 1999). De hecho, la presentación sistemática de material

clínico que ilustre las transformaciones de la dimensión implícita de la interacción terapéutica ha sido hasta el momento más bien escasa. Lo que sí sabemos respecto de los procesos terapéuticos de transformación de la dimensión implícita es análogo a las dos posibilidades básicas con las que contamos para su abordaje psicoterapéutico, discutidas en la sección anterior. Por un lado, hay teóricos que consideran que “el elemento definitorio de la acción terapéutica en el psicoanálisis actual parece ser aquel de transformar simbólicamente y poner en palabras las estructuras implícitas tempranas de la mente del paciente” (Mancia, 2006, p. 93). De acuerdo a Fosshage (2005a), un foco explícito sobre los patrones implícitos en el contexto de la situación terapéutica puede interrumpir su activación no-consciente automática y, con ello, crear la oportunidad de formación de patrones implícitos distintos. Sin embargo, este proceso referencial de transcripción de lo implícito a lo explícito no puede ser visualizado sin más en términos del objetivo tradicional de hacer consciente lo inconsciente porque, en cuanto los procesos implícitos no son inconscientes por estar reprimidos sino por su misma naturaleza, su explicitación no se produce por medio del levantamiento de la represión (BCPSG, 1998). Esta diferencia conceptual puede tener implicancias técnicas que merecen mayor atención.

Por otro lado, se encuentran aquellos investigadores que enfatizan la irreducibilidad de los procesos implícitos al procesamiento psíquico explícito y, en consecuencia, la relativa inutilidad del lenguaje verbal para modificar los patrones no-verbales de interacción y comunicación. Desde este punto de vista, en términos concretos la transformación de la dimensión implícita corresponde en esencia a la aparición gradual de diálogos de acción cada vez más participativos, inclusivos, colaborativos, coherentes y espontáneos entre paciente y terapeuta (Beebe, 2004; Lyons-Ruth, 1999) —un proceso general que el Boston Change Process Study Group (1998, 2002) liga con el fenómeno interactivo más específico del “calce” [*fittedness*] entre las acciones no-verbales o “movidas relacionales” de ambos. Los destacados integrantes de este grupo de estudios afirman que “el cambio terapéutico involucra un cambio en el conocimiento relacional implícito y ese cambio ocurre en el flujo en curso de las movidas relacionales de cada uno de los participantes [...]” (2002, p. 1060). Según Lyons-Ruth (1999),

los momentos de reorganización tienen que involucrar un nuevo tipo de encuentro intersubjetivo que ocurre en una nueva “apertura” en el espacio interpersonal, permitiendo que ambos participan

tes se vuelvan agentes uno respecto del otro de una manera nueva. Esta “apertura” entre ambos [...] permite que nuevas iniciativas y acciones interpersonales espontáneas sean aplicadas hacia la construcción (y representación) de un arreglo intersubjetivo nuevo o diferente. No obstante, esta nueva organización no es simplemente producto del trabajo intrapsíquico del paciente individual, sino de la elaboración de nuevas posibilidades relacionales con el analista. La participación específica del analista como un nuevo tipo de pareja relacional es parte del “algo más” que hace posible un cambio afectivo y vincular integrado, en conjunto con la comprensión consciente que puede o no acompañar la emergencia del nuevo orden (p. 343)

Así, el cambio de la organización del conocimiento relacional implícito del paciente implica necesariamente una reorganización progresiva de las formas de vinculación que constituyen un aspecto fundamental del encuentro psicoterapéutico.

Las reflexiones que hemos presentado en este trabajo son tentativas en cuanto la comprensión de la dimensión relacional y somática implícita del vínculo psicoterapéutico es aún incipiente y, en ese sentido, las ideas que hemos articulado probablemente arrojan muchas más preguntas que las respuestas que proporcionan. Por ejemplo, si lo implícito transcurre por definición de forma no consciente tanto para los pacientes como para los psicoterapeutas, ¿cómo podemos explicar que puede ser intencionalmente utilizado en términos clínicos? Dicho de otro modo, si existen mecanismos implícitos involucrados en la acción terapéutica, ¿cómo podemos aprender a potenciarlos suponiendo que es difícil acceder a la percepción consciente de los procesos implícitos de interacción? Éstas y otras interrogantes, así como el desarrollo de modalidades eficaces de trabajo terapéutico con la dimensión relacional implícita, son aspectos que el avance de la investigación clínica y teórica tendrá que enfrentar. Por ahora, el estado de nuestros conocimientos actuales tal vez pueda sintetizarse de la mejor manera posible tal como lo ha expresado Fosshage (2005b): “la revelación explícita de temáticas implícitas y la co-creación de aprendizajes implícitos [...] nuevos se combinan poderosamente para producir el cambio analítico” (p. 880). Desde la perspectiva planteada en este artículo, precisaríamos que la revelación explícita de temáticas implícitas está vinculada con la toma de conciencia de los patrones relacionales corporales de interacción que se instalan en el diálogo terapéutico y que la co-creación

de aprendizajes implícitos nuevos está ligada a la búsqueda de formas de comunicación no-verbal somática entre paciente y psicoterapeuta que sean más flexibles, inclusivas y satisfactorias.

## REFERENCIAS

1. Araneda M. Cuerpo, vínculos y cambio. En Riquelme R. Thumala E., *Avances en psicoterapia y cambio psíquico*. Sociedad Chilena de Salud Mental, Santiago de Chile, 2005, pp. 393-405
2. Aron L. Introduction: The body in drive and relational models. En Aron L, Sommer F. *Relational Perspectives on the Body*. The Analytic Press, New Jersey, 1998a, pp. xix-xxviii
3. Aron L. The clinical body and the reflexive mind. En Aron L. Sommer F., *Relational Perspectives on the Body*. The Analytic Press, New Jersey, 1998b, pp. 3-37
4. Aron L, Harris A. (Eds.). *Relational Psychoanalysis: Innovation and Expansion* (Vol. 2). The Analytic Press, New Jersey, 2005
5. Aron L, Sommer F. Preface. En Aron L. Sommer F., *Relational Perspectives on the Body*. The Analytic Press, New Jersey, 1998, pp. xv-xviii
6. Bass A. "E" Enactments in psychoanalysis: Another medium, another message. *Psychoanalytic Dialogues* 2003; 13; 5: 657-675
7. BCPSG. Non-interpretative mechanisms in psychoanalytic therapy: The "something more" than interpretation. *International Journal of Psychoanalysis* 1998; 79: 903-921
8. BCPSG. Explicating the implicit: The local level and the micro-process of change in the analytic situation. *International Journal of Psychoanalysis* 2002; 83: 1051-1062
9. Black M. Enactment: Analytic musings on energy, language, and personal growth. *Psychoanalytic Dialogues* 2003; 13; 5: 633-655
10. Beebe B. Faces in relation: A case study. *Psychoanalytic Dialogues* 2004; 14; 1: 1-51
11. Beebe B, Knoblauch S, Rustin J, Sorter D. Introduction: A systems view. *Psychoanalytic Dialogues* 2003; 13; 6: 743-775
12. Beebe B, Lachmann F. Representation and internalization in infancy: Three principles of salience. En Aron L. Harris A., *Relational Psychoanalysis: Innovation and Expansion*. The Analytic Press, New Jersey, 1994, pp. 205-252
13. Beebe B. Lachmann F. *Säuglingsforschung und die Psychotherapie Erwachsener*. Klett-Cotta, Stuttgart, 2002
14. Boadella D. Affect, attachment and attunement. *Energy & Character* 2005; 34: 13-23
15. Cornell W. Entering the gestural field: The body in relation. *Energy & Character* 2003; 32: 45-55
16. Etkin A, Pittenger C, Polan H, Kandel E. Toward a neurobiology of psychotherapy: Basic science and clinical applications. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* 2005; 17; 2: 145-158
17. Fosha D. The dyadic regulation of affect. *Journal of Clinical Psychology* 2001; 57; 2: 227-242
18. Fosshage J. The meanings of touch in psychoanalysis: A time for reassessment. *Psychoanalytic Inquiry* 2000; 20; 1: 21-43
19. Fosshage J. How does change occur within the psychoanalytic encounter? *Journal of Religion and Health* 2003; 42; 4: 281-299
20. Fosshage J. The explicit and implicit domains in psychoanalytic change. *Psychoanalytic Inquiry* 2005a; 25; 4: 516-539
21. Fosshage J. Commentary on paper by Steven H. Knoblauch. *Psychoanalytic Dialogues* 2005b; 15; 6: 875-881
22. Freud S. El yo y el ello. En Freud S., *El yo y el ello*. Alianza Editorial, Madrid, 1923, pp. 7-51
23. Gabbard G. A neurobiologically informed perspective on psychotherapy. *British Journal of Psychiatry* 2000; 177: 117-122
24. Geissler P. Vorwort des Herausgebers. En Geissler P., *Psychoanalyse und Körper*. Edition Psychosozial, Giessen, 2001, pp. 9-19
25. Harris A. Psychic envelopes and sonorous baths: Sitting the body in relational theory and clinical practice. En Aron L. Sommer F., *Relational Perspectives on the Body*. The Analytic Press, New Jersey, 1998, pp. 39-64
26. Jacobs T. On unconscious communication and covert enactments: Some reflections on their role in the analytic situation. *Psychoanalytic Inquiry* 2001; 21; 4: 4-23
27. Keleman S. *Körperlicher Dialog in der therapeutischen Beziehung*. Kösel Verlag, München, 1986
28. Kimble H. The embodiment of desire: Rethinking the bodymind within the analytic dyad. En Aron L, Sommer F. *Relational Perspectives on the Body*. The Analytic Press, New Jersey, 1998, pp. 97-116
29. Knoblauch S. From the word to the scene: An expanded conceptualization for therapeutic action. *American Journal of Psychoanalysis* 1996; 56; 3: 319-329
30. Knoblauch S. Body rhythms and the unconscious: Toward an expanding of clinical attention. *Psychoanalytic Dialogues* 2005a; 15; 6: 807-827
31. Knoblauch S. What are we trying to do when we write about the psychoanalytic interaction? The relevance of theory and research to clinical responsiveness: Reply to commentaries. *Psychoanalytic Dialogues* 2005b; 15; 6: 883-896
32. Kohut H. *How Does Analysis Cure?* The University of Chicago Press, Chicago, 1984
33. Kohut H. *Auf der Suche nach dem Selbst: Kohuts Seminare zur Selbstpsychologie und Psychotherapie* (Ed. Miriam Elson). Verlag J. Pfeiffer, München, 1987 [1974]
34. Lachmann F. Some contributions of empirical infant research to adult psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues* 2001; 11; 2: 167-185
35. Little M. *Relato de mi análisis con Winnicott: Angustia psicótica y contención*. Lugar Editorial, Buenos Aires, 1990
36. Lyons-Ruth K. The two-person unconscious: Intersubjective dialogue, enactive relational representation, and the emergence of new forms of relational organization. En Aron L, Harris A. *Relational Psychoanalysis: Innovation and Expansion* (Vol. 2). The Analytic Press, New Jersey, 1999, pp. 311-349
37. Mancia M. Implicit memory and early unrepresed unconscious: Their role in the therapeutic process (How the neurosciences can contribute to psychoanalysis). *International Journal of Psychoanalysis* 2006; 87: 83-103
38. Maroda K. No place to hide: Affectivity, the unconscious, and development of relational techniques. *Contemporary Psychoanalysis* 2002; 38: 101-120
39. Mitchell S. *Conceptos relacionales en psicoanálisis: Una integración*. Siglo Veintiuno Editores, México, 1988
40. Mitchell S. Editorial statement. *Psychoanalytic Dialogues* 1996; 6: 1-3
41. Mitchell S. *Bindung und Beziehung: Auf dem Weg zu einer relationalen Psychoanalyse*. Psychosozial-Verlag, Giessen, 2000
42. Mitchell S, Aron L. (Eds.). *Relational Psychoanalysis: The Emergence of a Tradition*. The Analytic Press, New Jersey, 1999
43. Nitzschke B. Psychoanalysis during national socialism: Present-day consequences of a historical controversy in the "case" of Wilhelm Reich. *Psychoanalytic Review* 1999; 86; 3: 349-366
44. Orbach S. The body in clinical practice, part one: There's no such thing as a body. En White K. *Touch: Attachment and the Body*. Karnac Books, London, 2004, pp. 17-34
45. Pally R. A primary role for nonverbal communication in psychoanalysis. *Psychoanalytic Inquiry* 2001; 21; 1: 71-93

46. Reich L. Wilhelm Reich and Anna Freud: His expulsion from psychoanalysis. *International Forum of Psychoanalysis* 2003; 12: 109-117
47. Reich W. *The Function of the Orgasm: Sex-Economic Problems of Biological Energy*. Souvenir Press, London, 1942
48. Reich W. *Análisis del carácter*. Paidós, Barcelona, 1945 [1933]
49. Renik O. Analytic interaction: Conceptualizing technique in light of the analyst's irreducible subjectivity. *Psychoanalytic Quarterly* 1993; 65: 553-571
50. Schore A. *Affect Dysregulation and Disorders of the Self*. W. W. Norton, New York, 2003a
51. Schore A. *Affect Regulation and the Repair of the Self*. W. W. Norton, New York, 2003b
52. Schore A. Psychoanalytic research: Progress and process. Notes from Allan Schore's groups in developmental neuroscience and clinical practice. *Psychologist-Psychoanalyst* 2004; 24; 4: 8-10
53. Schore A. A neuropsychoanalytic viewpoint: Commentary on paper by Steven H. Knoblauch. *Psychoanalytic Dialogues* 2005a; 15; 6: 829-854
54. Schore A. Psychoanalytic research: Progress and process. Notes from Allan Schore's groups in developmental neuroscience and clinical practice. *Psychologist-Psychoanalyst* 2005b; 25; 4: 18-19
55. Schrauth N. *Körperpsychotherapie und Psychoanalyse: Eine vergleichende Studie am Beispiel von Wilhelm Reich, Gerda Boyesen und Alexander Lowen sowie Sandor Ferenczi, Michael Balint und D. W. Winnicott*. Ulrich Leutner Verlag, Berlin, 2001
56. Seligman S. The developmental perspective in relational psychoanalysis. *Contemporary Psychoanalysis* 2003; 39; 3: 477-507
57. Stolorow R, Atwood G, Orange D. *Worlds of Experience: Interweaving Philosophical and Clinical Dimensions in Psychoanalysis*. Basic Books, New York, 2002
58. Toronto E. The human touch: An exploration of the role and meaning of physical touch in psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology* 2001; 18; 1: 37-54
59. Totton N. Foreign bodies: Recovering the history of body psychotherapy. En Staunton T. *Body Psychotherapy*. Brunner-Routledge, New York, 2002, pp. 7-26
60. Trevarthen C, Aitken K. Infant intersubjectivity: Research, theory, and clinical applications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2001; 42; 1: 3-48
61. Van der Kolk B. The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of post traumatic stress. *Harvard Review of Psychiatry* 1994; 1; 5: 253-265
62. Van der Kolk B. Posttraumatic therapy in the age of neuroscience. *Psychoanalytic Dialogues* 2002; 12; 3: 381-392

## CONTROVERSIA

# BIPOLARIDAD Y TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD: UNA OBSERVACIÓN HISTÓRICO-EPISTEMOLÓGICA

(Rev GPU 2007; 3; 2: 189-196)

Erich Kamann<sup>1</sup>, Orietta Echavarrí<sup>2</sup>

Desde su introducción en el DSM-III el trastorno de personalidad límite (TPL) ha sido objeto de gran controversia. En la discusión ha estado presente una intensa argumentación sobre su correcta pertenencia a los trastornos afectivos bipolares (TB) (Akiskal, 1985, 2004; Smith, 2004) o su existencia como una entidad independiente (Stone, 2006; Gunderson, 1994; Paris, 2004). La forma de abordar el problema ha estado ligada al supuesto positivista de que la respuesta se encuentra en el conocimiento empíricamente derivado. Así, la idea ha sido comparar los resultados de encuestas de síntomas o de potenciales mecanismos patogénicos inferidos a través de la respuesta a fármacos o a través de marcadores biológicos, con la esperanza de encontrar un rasgo distintivo para cada uno. Esta aproximación es el resultado de una psiquiatría basada en el empirismo lógico (Hempel, 1970; Schwartz, 1986). En este artículo, en vez de considerar a las entidades psiquiátricas como prototipos naturales, listos en la naturaleza para ser clasificados, se les considera como frutos de un concepto que nace y evoluciona con relación a las teorías que lo crean y modifican (Berrios, 1999).

## EL TRASTORNO BIPOLAR

Las descripciones de Hipócrates y Amadeus de Capadocia se acercan bastante a la bipolaridad de la cual hablamos hoy (Angst J, 2001; Del- Porto JA, 2005). Este último ya vinculaba la melancolía con la manía (Akiskal 1996 en Del- Porto JA, 2005). Así mismo, es

interesante también para nuestra discusión el que ya Hipócrates ubicara la palabra "manía" dentro de lo que hoy nosotros llamamos "personalidad".

Pero el verdadero nacimiento del marco teórico del concepto de TB surge en el siglo XIX junto con la formación de la psicopatología que usamos hoy. Esto fue llevado a cabo por un eje de clínicos a lo largo de los

<sup>1</sup> Residente Psiquiatría, Departamento Psiquiatría, Facultad Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile. Correspondencia a: erich.kamann@gmail.com

<sup>2</sup> Psicóloga, Profesora Auxiliar Departamento Psiquiatría Pontificia Universidad Católica.



siglos XIX y XX: Falret, Baillarger, Kahlbaum, Weygand y Kraepelin (Sedler, 1987; Baehtge, 2003; Salvatore, 2002; Trede, 2005). En su concepción participaron las ideas derivadas de (Villagrán, 2003a):

- la psicología de las facultades
- la valoración de los estados subjetivos del paciente
- la observación longitudinal
- La teoría anátomo-clínica

Si bien se puede argumentar sobre la participación que el eje Wernicke-Kleist-Leonhard (Marneros, 2001; Ungvari, 1993) tuvo en la creación del trastorno actual, el núcleo teórico central no cambia.

## EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

La creación del actual concepto del TPL requirió la confluencia de varios conceptos (Berrios, 2004a). En primer lugar de una visión dimensional, polar, entre la psicosis y la neurosis. Inicialmente el término “psicosis” fue incluido como un subtipo de neurosis; hacia finales del siglo XIX y principios del XX esta concepción cambia a una dicotomía entre psicosis y neurosis, quedando la neurosis empapada de un significado funcional/psicógeno y la psicosis de uno orgánico. Esto es una inversión del sentido original dado a la dicotomía antes del siglo XIX (Beer, 1996a,b).

En segundo lugar, hacia finales del siglo XIX y principios del XX se crearon dos nuevos conceptos: el de psicopatía (bajo la influencia de la teoría de la degeneración) y el de personalidad. Aunque la palabra psicopatía se usa de diferentes formas durante el siglo XIX, es en el siglo XX donde adquiere una noción de alteración global de la vida psíquica basada en una inferioridad congénita. La Psicología de las facultades y del asociacionismo<sup>3</sup> moldearon el concepto en la medida en que su génesis fue atribuida a una falla de la voluntad para la primera y a una falla en la integración de la información para la segunda (Berrios, 1993). Y por último, la creación de una teoría del desarrollo de la mente, inspirada en la teoría psicoanalítica.

<sup>3</sup> La psicología de las facultades planteaba la división del mundo psíquico en: emoción, volición y razón. La patología mental se explicaba por la afectación predominante de alguna. La psicología asociacionista, en cambio, planteaba que la patología mental surgía de la asociación errónea de las ideas. Ambas moldearon la psicopatología surgida en el siglo XIX (Villagrán, 2003 a)

La corriente psicoanalítica toma la idea de un continuo psicosis-neurosis y crea la entidad limítrofe para dar cuenta de pacientes que en la situación analítica no se comportan “neuróticamente”, es decir, que tienen grandes resistencias al análisis (Stone, 1980, 1986 a,b).

Si bien el concepto de “limítrofe” se forma al alero de la corriente psicoanalítica, no posee en su inicio una relación estricta con el concepto de “trastorno de personalidad”. Para que ello ocurra y nazca el “trastorno límite de la personalidad”, deberá pasar por una operacionalización del constructo en el DSM-III. Allí, como describe Spitzer (1979) a través de encuestas realizadas a los miembros de la Asociación Americana de Psiquiatría se crea, con la concurrencia de expertos, este nuevo híbrido en que confluyen las ideas de trastorno de la personalidad y trastorno limítrofe. Como resultado de aquel ejercicio se crean dos trastornos diferentes: el trastorno esquizotípico de la personalidad y el trastorno límite de la personalidad. Este último, fuertemente influido por las ideas de Kernberg y Gunderson (Stone, 1980, 1986b).

## LA ARGUMENTACIÓN ACTUAL

Los argumentos expuestos en la Tabla 1 se han centrado en las características clínicas de cada uno, en la presencia de síntomas compartidos, en la comorbilidad y la evolución (Akiskal, 1994, 2004; Paris, 2004; Smith, 2004).

Así, la presencia en ambos trastornos de síntomas del dominio del afecto, como la rabia o el descontrol de impulsos, es una señal de identidad entre ellos (Akiskal, 1994, 2004). Por otro lado, se ha argumentado que, si bien ambos comparten síntomas del área afectiva, en el caso del trastorno límite de personalidad éstos son reactivos al ambiente, teniendo un patrón crónico, sin intervalos asintomáticos y sin remisión (Gunderson, 1996; Paris, 2004). La presencia de una alta comorbilidad también ha sido un argumento a favor de su relación de identidad (Akiskal, 1994; 2004; Levit, 1990; Zanarini, 1998 en Maguill, 2004). Por otro lado esta comorbilidad ha sido explicada como fruto de un mecanismo etiopatogénico compartido, donde cada trastorno predispone al desarrollo del otro. Así mismo, también la comorbilidad ha sido atribuida a la simple co-ocurrencia de dos patologías con alta frecuencia en la población (Gunderson, 1985). Otros argumentos se han basado en los estudios de agregación familiar. Diferentes autores los han usado para defender tanto su identidad como su existencia inde-

**Tabla 1**  
ARGUMENTACIÓN A FAVOR Y EN CONTRA DE LA PERTENENCIA DEL TPL AL TB

A favor	En contra
<b>Sobre las características clínicas</b>	
Comorbilidad con trastornos afectivos (Akiskal 1994, 2004; Levit, 1990; Zanarini, 1998 en Maguill, 2004)	Los síntomas de descontrol de impulsos son de mayor intensidad en los TPL. que en los pacientes Bipolares (Paris, 2004)
Los rasgos descritos en el DSM-IV tienen elementos del dominio del control de los impulsos y el afecto (Akiskal, 2004)	La inestabilidad anímica en los pacientes con TPL es de corta duración y reactiva al ambiente (Paris, 2004)
La rabia, prevalente en TPL, está presente también en la manía /depresión. La misma en los pacientes TPL no permite ver su lado más expansivo (Akiskal, 2004)	El curso del TPL es crónico, sin intervalos asintomáticos y sin remisión (Paris, 2004)
El universo afectivo es dimensional, lo que genera un cambio continuo entre dimensión y rasgos (Akiskal, 2004)	
<b>Etiología (por respuesta a fármacos y agregación familiar)</b>	
Agregación familiar común con TB (Akiskal, 2004; Smith, 2004)	La evidencia de agregación familiar entre TPL y TB I y II es pobre (Paris, 2004)
Respuesta a fármacos (viraje antidepresivos o terapéutica con estabilizadores del ánimo) (Smith, 2004, Akiskal, 1994)	La respuesta a fármacos estabilizadores ha sido pobre y predominantemente en síntomas impulsivos, no anímicos (Paris, 2004)
<b>De otro orden</b>	
Estigmatización (Akiskal 1994, 2004; Smith, 2004)	

pendiente. Similar ha sido el caso con los estudios de respuesta a fármacos (Akiskal, 1994, 2004; Paris, 2004; Smith, 2004)<sup>4</sup>.

Esta discusión ocurre bajo el supuesto tácito de que los niveles y los tipos de lenguaje psicopatológico utilizado son compatibles. Como detallaremos en las siguientes páginas, al depender la creación de una

entidad nosológica de un lenguaje y marco teórico particular, puede que este supuesto tácito no sea veraz.

### UNA MIRADA HISTÓRICO-EPISTEMOLÓGICA

Las posibles similitudes o diferencias entre ambos grupos de trastornos pueden provenir tanto de la naturaleza misma de cada uno de ellos como de la epistemología que construyamos para observarlos. La forma en que recogemos el síntoma, lo agrupamos en una entidad y lo clasificamos no sólo guarda relación con el fenómeno mismo sino también con decisiones tomadas *a priori* por el observador (Harare, 2001). Al describir un determinado paciente, tomamos decisiones respecto de cómo organizar e interpretar lo que nos transmite a través de la entrevista. Estas decisiones son lo que, en un sentido estricto, podríamos llamar psicopatología: el lenguaje a través del cual construimos una narrativa

<sup>4</sup> Una argumentación persistente ha sido también la estigmatización asociada al TPL y la ventaja potencial de que la misma desaparezca al clasificar a dichos pacientes bajo el grupo de los trastornos del ánimo. Ésta no será tratada aquí, puesto que pertenece a un nivel de argumentación totalmente diferente. Un juicio de valor sobre el trastorno limítrofe no depende de la clasificación sino de las ideas culturales que existan en una sociedad sobre el enfermar psiquiátrico.

de lo que le ocurre al paciente. La psicopatología implica una epistemología particular<sup>5</sup>, habiendo evolucionado ambas en forma paralela a través de la historia. Las entidades clínicas se formaron a lo largo del tiempo a través del enriquecimiento de las descripciones de generación en generación. Muchas veces en la historia diferentes escuelas dieron origen a entidades clínicas diversas a través de posiciones epistemológicas distintas. Estas posturas epistemológicas se reflejaron en las maneras de describir e interpretar el síntoma. (Luque, 2003; Villagrán, 2003a y 2003b; Berrios, 2004b)

En la construcción de las entidades médicas un hecho histórico vital fue el nacimiento de la teoría anátomo-clínica. Ella generó un método epistemológicamente independiente para el diagnóstico de la enfermedad. Este método es el examen anatomopatológico. Si la hipótesis diagnóstica no es corroborada por este camino independiente, el diagnóstico es errado. Por ejemplo, no existe apendicitis sin un apéndice inflamado.

La ausencia de este método independiente en la mayor parte de los cuadros de la psiquiatría fue resuelta a través de otorgar a la clínica, mediante la psicopatología como instrumento, el deber de discriminar entre diferentes entidades. Presumiendo, además, que una constelación clínica particular da cuenta de un fenómeno causal subyacente. La relación entre una clínica particular y una supuesta causa es explicada de acuerdo a un marco teórico, dando lugar a una teoría del enfermar psíquico. Por ejemplo, la separación de las enfermedades mentales por la afectación predominante de una facultad, sea el afecto, la volición u otra, tiene por objetivo relacionar dicha clínica con un proceso morboso de cierta parte del cerebro, encargada de dicha facultad. La teoría del enfermar psíquico, en este caso, asume un cerebro que funciona modularmente.

La ausencia de caminos epistemológicos independientes y la necesidad de confiar a la clínica la discriminación entre trastornos generó la proliferación de múltiples entidades diagnósticas, bajo múltiples marcos teóricos. Como solución a este problema se planteó –a partir del DSM-III– la construcción y clasificación de entidades clínicas utilizando definiciones operacionales (Sanz, 2005). La idea era que, operacionalizando el diagnóstico, se conseguía una epistemología independiente. Las definiciones operacionales, originadas en la física por PG Bridgman, fueron propuestas por

CG Hempel (1970) para la psiquiatría. Ellas consisten en una clara y objetiva operación, a través de la cual cualquiera puede identificar si un concepto es aplicable o no. Un ejemplo en el mundo de la física es la definición operacional del concepto de temperatura: “el resultado, expresado en grados, de poner un cuerpo en contacto con un termómetro de mercurio y asignar un valor a la elevación del mismo en la columna”.

El objetivo de la definición operacional era establecer un puente entre “realidad” y “concepto” (Parnas, 1994). Esto se logra si la operación existe en un nivel recursivo diferente al concepto, y por tanto goza de independencia epistemológica. En psiquiatría la operación y el concepto (el diagnóstico) existen en el mismo nivel, esto es, en un nivel abstracto, no material, por lo que un camino independiente no es posible. Por tanto la construcción de las entidades diagnósticas en psiquiatría es producto de la operacionalización de conceptos que tienen raíces en diversas concepciones teóricas e históricas. La nosología (serie DSM y CIE) actual es la condensación de diferentes aproximaciones teóricas al fenómeno mórbido mental. Por ejemplo, la bipolaridad es fruto de una psicopatología basada en la psicología de las facultades y del asociacionismo, enmarcada en una teoría que relaciona el curso, la clínica y la etiopatogenia (Salvatore, 2002; Baehtgue, 2003; Villagrán, 2003a; Decaer, 2004; Trede, 2005). A diferencia del TB el trastorno límite (TPL)<sup>6</sup> nace a partir de la creación de un continuo entre psicosis-neurosis en el seno de la teoría psicoanalítica (Stone 1980, 1986a,b; Beer, 1996). El precio de la clasificaciones consensuadas y que utilizan definiciones operacionales es la fusión de conceptos y entidades clínicas forjadas bajo marcos teóricos y psicopatológicos diferentes. La construcción de las entidades contenidas en el DSM no ocurre al azar, es producto del despliegue de un concepto prototípico en un listado de criterios que son leídos politéticamente, con un umbral determinado que lo hace entonces un diagnóstico categorial. Por lo tanto, hemos de considerar que tales criterios no se pueden independizar del concepto prototípico que los originó, y a través de él, de la psicopatología, la epistemología y la historia desde la que surgen.

En la discusión actual acerca del lugar al cual pertenece el trastorno límite de la personalidad se ha

<sup>5</sup> Por epistemología particular entendemos aquí un conjunto de creencias por las cuales un observador es influido en sus apreciaciones de un objeto. Eso, en el entendido que el conocimiento nunca está libre de sesgo teórico.

<sup>6</sup> En este texto entenderemos por trastorno límite de la personalidad un concepto que se formó al alero de la teoría psicoanalítica y que sólo con la llegada del DSM-III se trató de incluir bajo el término trastorno límite de la personalidad (TPL) y trastorno esquizotípico de la personalidad.

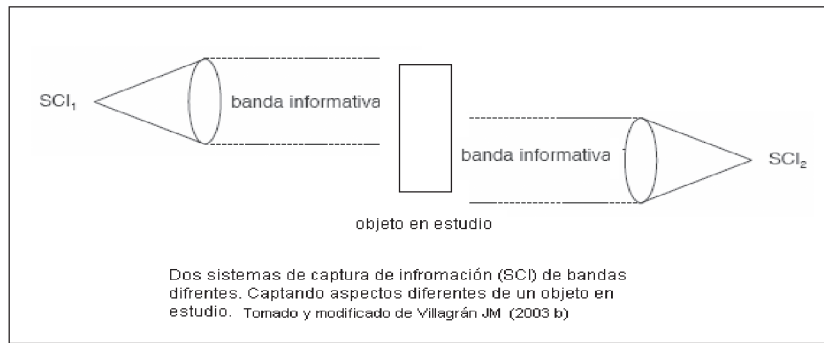


Figura 1

obviado su origen teórico-histórico. Se asume que el lenguaje que describe ambos trastornos es compatible y su comparación no encierra ninguna dificultad. Los síntomas son vistos como fenómenos independientes del observador, de su capacidad de descripción y de su adherencia a un modelo. Como veremos a continuación, los argumentos clínicos que aparecen en la discusión no consideran el hecho de que las dos entidades fueron descritas bajo un lenguaje y psicopatología distintos. El problema aquí no es la ausencia o presencia de un síntoma sino la interpretación que se hace de él. Este problema no se puede resolver a través de la aplicación de escalas o cuestionarios.

## UN METALENGUAJE PARA LA PSICOPATOLOGÍA

El instrumento a través del que se recogen los síntomas puede ser conceptualizado bajo el término psicopatología. Esta palabra, si bien tiene múltiples definiciones, la entenderemos aquí como *“el lenguaje descriptivo utilizado para aprehender los eventos psicopatológicos (aspectos de la conducta que son expresión de una disfunción psicológica y/u orgánica y facilitar su intelección)”* (Bacon F. en Villagrán, 2003a). Como tal, la psicopatología busca observar y describir los fenómenos que se presentan en los trastornos mentales. En tanto la psicopatología depende de la observación y la descripción, lo que capta está determinado por lo que el clínico es capaz de percatarse, representarse y poner en palabras. Es decir, depende de lo que el clínico *a priori* determine como relevante, lo que piensa de ello (su marco teórico) y lo que pueda nombrar con el lenguaje que posee. Como vemos, la psicopatología no es capaz de aprehender todo lo que el fenómeno es sino tan sólo lo que su estructura le permite.

Una manera de conceptualizar la psicopatología es pensarla como un sistema de captura de información (Villagrán, 2003b). Vista así, nos la podemos imaginar

como un proceso a través del cual obtenemos información de un objeto dentro de un particular rango (Figura 1) o banda informativa. Así como un termómetro no nos dice nada de la masa de un cuerpo, la psicopatología no nos dirá nada de lo que no ve como relevante y/o para lo que no tiene palabras. Por ejemplo, hasta antes de fines del siglo XIX, los trastornos del ánimo no ocupaban un lugar relevante en la psiquiatría justamente porque carecíamos de un lenguaje para describirlos y porque el pensamiento de la época daba mayor importancia a otras facultades de la mente (Berrios, 1996). ¿De qué depende el rango de la banda informativa de la psicopatología? De acuerdo a la escuela de Cambridge (Villagrán, 2003b) las variables determinantes de la banda informativa, entre otras, son:

1. El nivel de descripción: sólo la conducta, la conducta y el estado subjetivo, el estado subjetivo, la conducta y el mecanismo mental
2. Las fuentes teóricas y clínicas
3. Naturaleza y localización de la información: qué tipo de propiedades del objeto nos entrega, qué tipo de información.

### 1. El nivel de descripción

El nivel de descripción que prima hoy en el DSM es un nivel que considera conducta y estado subjetivo, muy similar al que dio origen al trastorno bipolar (Salvatore, 2002; Baehtgue, 2003; Villagrán 2003a; Decaer, 2004; Trede, 2005). De hecho, el mismo Hempel (1970) sugería el uso de *“conductas públicamente observables”*. Para el TL ocurre lo contrario. El lenguaje bajo el cual fue descrito originalmente se basaba no sólo en la conducta y el estado subjetivo sino, además, en el mecanismo en que surgía el síntoma, es decir, en una psicopatología explicativa basada en la teoría psicoanalítica (Stone,

1980,1986a,b). Sólo cuando se intentó operacionalizar el constructo, y se convierte en el TPL, la descripción del concepto comenzó a cambiar (Gunderson, 1975; Spitzer 1979). Cabe preguntarse si la operacionalización del constructo no destruyó el valor heurístico del TL convirtiéndolo en el TPL. Una psicopatología descriptivo-clínica, a través de la que se creó el TB, es más congruente con la psicopatología usada en la serie DSM a partir de su tercera versión, que la psicopatología psiconalítica que creó el TL.

Si observamos ahora los argumentos clínicos expuestos en la Tabla 1, podemos notar que la discusión pareciera darse en torno a una psicopatología donde el síntoma es primero conceptualizado de acuerdo a la psicología de las facultades y luego su presencia o ausencia analizada a la luz de su evolución en el tiempo. En esta psicopatología es la evolución lo que otorga la representatividad al constructo. El problema es que al desligar el TL de la psicopatología explicativa psicodinámica, el constructo pierde su cohesión y valor como entidad independiente. Por ejemplo, la propuesta de que la reactividad anímica es aquello que distingue trastorno límite de la bipolaridad (Paris, 2004) no tiene sentido sin una teoría que relacione el suceso desencadenante con el cambio en la afectividad. Lo anterior supone necesariamente un nivel interpretativo o simbólico del síntoma. Entonces, la discusión de los síntomas entre Akiskal (2004) y Paris (2004) es más bien una discusión no de *características clínicas* sino de cómo se interpretan a la luz de distintos supuestos teóricos.

## 2. Fuentes teóricas y clínicas

Las entidades clínicas surgen en un momento dado en la historia a través de la convergencia, en una descripción, de tres elementos: una palabra, un concepto y una conducta o síntoma (Villagrán, 2003b). La estabilidad de los tres elementos en el tiempo da su identidad y permanencia al trastorno. Dicha estabilidad depende de que la descripción se repita en el tiempo por múltiples clínicos, siendo entonces función de la historia. El primer elemento es extraído del lenguaje común o es inventado, el segundo es cimentado en una teoría conceptual, y el último escogido de un repertorio de posibilidades presentadas por el paciente. El primero ata la psicopatología a las limitantes del lenguaje, el segundo y el tercero la atan al supuesto teórico de quien describe. Por tanto, la teoría de quien describe inicialmente una entidad clínica, selecciona *a priori* la información que será recogida. Como ya se señaló, las fuentes teóricas del trastorno bipolar se remontan a la

idea de una causalidad material suficiente (Kraepelin, 1886; Berrios, 1988; Salvatore, 2002; Baetgue, 2003; Villagrán, 2003a; Decker, 2004; Trede, 2005). La psiquiatría trataba entonces de acercarse a la medicina y al modelo anátomo-clínico. Si bien Freud, fundador del psicoanálisis, también tuvo interés en buscar una base anatómica para su teoría, el psicoanálisis pronto se independizó de esta idea, planteando un modelo de mente dinámico, que ya no necesitaba de una corroboración en un substrato material. Podría decirse que asumió una dimensión de enfermar psíquico simbólico y abstracto. Es en este universo teórico, de la mano de teorías como la de las relaciones objetales, que se gesta el concepto de límite, para describir un paciente difícil de psicoanalizar. La metáfora del enfermar psíquico propuesta por los creadores del TB, es decir, de manifestaciones clínicas subjetivas y conductuales que se unen en una entidad de acuerdo a su curso (como reemplazo provisorio hasta el descubrimiento de una causa material), no guarda relación con el psicoanálisis, donde cada síntoma, igual en forma y contenido, puede ser interpretado de manera distinta. El pegamento teórico de la entidad diagnóstica en psicoanálisis no es el curso de la enfermedad sino su relación simbólica con la estructura psíquica. Se es límite no por la evolución sino por cómo uno se comporta en la situación analítica o relacional (Stone, 1986b).

Recíprocamente la teoría también emana de los pacientes a los que los clínicos tengan acceso. Así, aspectos como el lugar o la situación de ejercicio profesional de un clínico influyen en la psicopatología y en las entidades clínicas observadas. En el caso de las entidades que se discuten, el psicoanálisis se forja en un ambiente ambulatorio, a diferencia del trastorno bipolar que se desarrolla en un ambiente hospitalario. Con el tiempo ambos han confluído en contextos clínicos similares, pero en un inicio pertenecían a dominios separados.

Si uno observa los argumentos presentados en la Tabla 1, se hace evidente que la discusión está centrada respecto a supuestos teóricos más cercanos a los que originaron al TB. Las características clínicas se discuten en torno a curso en el tiempo y las etiológicas en torno a causas materiales (agregación familiar, supuesto de una genética común). Esto es el reflejo de una idea del enfermar psiquiátrico más cercana a la teoría anatómica (Robins y Guze, 1970; Feighner, 1972; Robins, 1977). También la idea de diferenciar los trastornos por su respuesta a los fármacos presume que se va en busca de una causa material. Sin embargo, el argumento es peligroso: no tenemos una clara idea de cómo los

estabilizadores del ánimo o los antidepresivos encajan en cada trastorno. Si ellos fueran motivo de unir ambos trastornos, bien podríamos unificar los trastornos de ansiedad y los trastornos del ánimo. Tal nosología podría ser posible, pero tendría un solo sentido teleológico: el orientar a qué fármaco es el apropiado para un determinado paciente.

### 3. Naturaleza y localización de la información

Por último, la psicopatología que construye una entidad clínica también es diseñada para buscar cierto tipo de fenómenos de naturaleza particular, sea ésta cualitativa, cuantitativa o semántica. Puede importarnos cuánto tiempo ocurre un síntoma que está presente, o la intensidad de él o su significado. La discriminación entre estos elementos nos entrega un tipo de información diferente, cambiando entonces la banda de captura.

De lo anteriormente expuesto queda en evidencia que la naturaleza de la información de los enfoques que crearon ambos conceptos es diferente. Mientras la psicopatología del TB busca encontrar fenómenos subjetivos y conductas que signifiquen la predominancia de una facultad de la psiquis (razón/emoción/volición), la que dio origen al TL busca informar sobre una génesis intrapsíquica y dinámica del síntoma. La primera nace de una concepción en la que la facultad podía ser relacionada con una localización (hoy circuito) y, la segunda, de una donde el síntoma informa de una estructura psíquica y/o conflicto dinámico inconsciente. A la primera le importa el curso en el tiempo y su duración, a la segunda, su sentido semántico.

### CONCLUSIÓN

Habiendo expuesto las diferencias en cuanto a las determinantes del rango de la banda informativa de la psicopatología que dieron origen al TB y al TPL, podemos plantear que ambas psicopatologías poseen rangos diferentes. Por tanto, su comparación en el universo nosológico del DSM, sin consideración a estos hechos, nos puede llevar a igualar ambas entidades. Ambas entidades han sido hoy operacionalizadas en la nosología siguiendo las propuestas de Hempel (1970). Este proceso parece haber favorecido los supuestos teóricos que dieron origen al TB más que los que dieron origen al TPL. El hecho de que hoy exista discusión en torno al lugar de pertenencia del último no es tanto un problema de qué síntomas tiene cada paciente, o cuánto puntúa en cierta escala, sino de los supuestos teóricos que aceptamos como tácitos a la hora de construir una

psicopatología para analizar los fenómenos clínicos. El problema con un sistema como el de la serie DSM es que genera una psicopatología donde los supuestos teóricos se superponen, generando una pérdida del valor heurístico. El análisis de un mismo fenómeno se puede ver enriquecido con la utilización de dos psicopatologías originadas de supuestos teóricos diferentes, siempre y cuando exista una coherencia interior entre los supuestos que sostienen el marco teórico. De esto es lo que adolece el DSM. Efectivamente, se podría incluir el TPL en el TB, pero ello significaría que se está renunciando a un paradigma y a una teoría, porque otra nos es más eficiente. El argumento no se puede basar entonces sólo en el uso de escalas o entrevistas estructuradas. La decisión es previa al acercamiento al objeto en estudio e involucra el asumir una teoría particular. La discusión debería entonces centrarse en los supuestos teóricos que usamos para plantear una metáfora del enfermar psíquico. Así mismo, ese constructo debe poder permitirnos hacer predicciones y deducir leyes, es decir, debe tener un sentido teleológico. Si nuestra intención es, por ejemplo, el uso de psicofármacos, debemos entonces construir una nosología que nos permita medir los efectos de los mismos y predecir innovaciones en ellos. Si, por otro lado, nuestra intención es plantear intervenciones psicoterapéuticas, nuestra nosología debe ir enfocada a establecer características particulares que nos permitan proposiciones y predicciones al respecto. No debemos olvidar que, en el caso de la medicina, las entidades clínicas se agotan en un correlato epistemológico paralelo a través de exámenes que miden o una función o un daño anatómico. También debemos recordar que por más que exista un correlato funcional o anatómico, muchas veces en medicina tal correlato no es suficiente para hacer una intervención efectiva. Un hipertenso sin motivación a abandonar su estilo de vida sedentario mal podrá controlar su presión. Su resistencia no será recogida por el diagnóstico de hipertensión. Pensemos que el diagnóstico es la selección de un grupo de información relevante, con un sentido teleológico. Lo mismo es cierto para la psiquiatría. Al argumentar sobre la pertenencia del TPL al TB debemos tener en mente el nivel lógico en el que nos encontramos y qué suposiciones teóricas hemos hecho.

### AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a los Drs. Jorge Barros y César Ojeda por sus comentarios y correcciones. Igualmente al Dr. Germán Berrios por proporcionar ayuda bibliográfica y consejo.



## REFERENCIAS

1. Akiskal HS. *Psychiatr Clin North Am* 1981; 4: 25-46
2. Akiskal HS, Chen SE, Davis GC, Puzantian VR, Kashgarian M, Boller JM. *J Clin Psychiatry* 1985; 46: 41-48
3. Akiskal HS. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 89(suppl. 379): 32-37
4. Akiskal HS. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 110: 401-407
5. Asociación Americana de Psiquiatría. *Diagnostic and Statistical Manual of Disorders*, Fourth Edition (DSM IV), 1994
6. Baehtge C, Salvatore P, Baldessarini RJ. *Harv Rev Psychiatry* 2003; 11: 78-90
7. Beer MD. *Compr Psychiatry* 1996a; 37(4): 273-291
8. Beer MD. *Hist Psychiatry* 1996b; VII: 231-255
9. Berrios GE. 1988, *Psychol Med* ;18: 813-821
10. Berrios GE. *Compr Psychiatry* 1993; 34(1): 14-30
11. Berrios GE. *The History of Mental Symptoms: Descriptive Psychopathology since the Nineteenth Century*. Cambridge University Press, 1996
12. Berrios GE. *Aust N Z J Psychiatry* 1999; 33: 145-160
13. Berrios GE. Conferencia dictada en Ghent por el Dr. Berrios. 2004a. Sin publicar
14. Berrios GE. *Vertex* 2004b; 15: 29-37
15. Decker HS. *J Hist Neurosci* 2004; 13(3): 248-276
16. Del-Porto JA, Del-Porto KO. *Revista Psiquiatría Clínica* 2005; 32 (supl. 1): 27-14
17. Deltito J, Martin L, Riefkohl J, Austria B, Kissilenko A, Corless P, Morse C. *J Affect Disord* 2001; 67: 221-228
18. Feighner JP, Robins E, Guze SB, Woodruff RA Jr, Winokur G, Munoz R. *Arch Gen Psychiatry* 1972; 26(1): 57-63
19. Gunderson JG, Singer MT. *Am J Psychiatry* 1975; 132: 1
20. Gunderson JG, Elliot GR. *Am J Psychiatry* 1985; 142: 277-288
21. Gunderson JG. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 89(suppl. 379): 12-18
22. Gunderson JG. *Am J Psychiatry* 1996; 153(9): 1202-1207
23. Harare E. *Aust N Z J Psychiatry* 2001; 35: 724-730
24. Hempel CG. Taxonomy. En: *Aspects of Scientific Explanation and other Essays in the Philosophy of Science*. The Free Press, 1970
25. Kraepelin E. 1886, en Eric J. Engstrom and Matthias M. Weber en *Hist Psychiatry* 2005; 16: 345-349
26. Levitt A, Joffe R, Ennis J, MacDonald C, Kutcher S. *J Clin Psychiatry* 1990; 51: 335-339
27. Luque R, Villagrán JM, Berrios GE. *Monografías en Psiquiatría* 2003; XV,1: 30-48
28. Maguill ChA. *Can J Psychiatry* 2004; 49(8): 51-56
29. Marneros A. *J Affect Disord* 2001; 62: 39-44
30. Paris JP. *Harv Rev Psychiatry* 2004; 12: 140-145
31. Parnas J. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 89(suppl. 379): 26-31
32. Robins E, Guze SB. *Am J Psychiatry* 1970; 126(7): 983-987
33. Robins E. *Sci Basis Annu Rev* 1977; 28: 67-73
34. Sanz R, Aguilera del Moral I. Los sistemas nosológicos psiquiátricos. En: Cabaleiro FJ (coordinador, varios editores). *Capítulo 2, Manual del Residente*. Sociedad Española de Psiquiatría, 2005
35. Salvatore P, Baldessarini RJ, Centorrino F, Samy S, Albert M, Gerhard A, Maggini C. *Harv Rev Psychiatry* 2002; 10: 255-275
36. Schwartz MA, Wiggins P. *Compr Psychiatry* 1986; 7(2): 101-114
37. Smith DJ, Muir JW, Blackwood DHR. *Harv Rev Psychiatry* 2004; 12: 133-139
38. Spitzer RL, Endicott J, Gibbon M. *Arch Gen Psychiatry* 1979; 36: 17-24
39. Stone MH. *The borderline syndromes: Constitution, personality, and adaptation*. McGraw-Hill, 1980
40. Stone MH. *Borderline Personality Disorder*. En: Copper A, Frances A, Sacks M (Ed). *Psychiatry. Volume 1: The Personality Disorders and Neuroses*. Basic Books, New York, 1986a
41. Stone MH (Ed). *Essential Papers on Borderline Disorders, One Hundred Years at the Border*. New York University Press, 1986b
42. Stone MH. *Am J Psychiatry* 2006; 163(7): 1126-1128
43. Trede K, Salvatore P, Baehtge C, Gerhard A, Maggini C, Baldessarini J. *Harv Rev of Psychiatry* 2005; 13: 155-178
44. Ungvari GS. *Biol Psychiatry* 1993; 34: 749-752
45. Villagrán JM, Luque R, Berrios GE. *Monografías en Psiquiatría* 2003a; XV, 1: 2-12
46. Villagrán JM, Luque R, Berrios GE. *Monografías en Psiquiatría* 2003b; XV, 1: 16-28
47. Zanarini M, Frankenburg F, Dubo E, Sickel A, Trikha A, Levin A, Reynolds V. *Axis I comorbidity of borderline personality disorder*. *Am J Psychiatry* 1998; 155(12): 1733-1739

## TÉCNICA

# UN ACERCAMIENTO AL ANÁLISIS JUNGIANO

(Rev GPU 2007; 3; 2: 197-202)

Álvaro Carrasco<sup>1</sup>

**Este trabajo busca describir algunos de los elementos centrales del análisis jungiano. En una primera parte se identifican los fines del análisis, luego se reflexiona en torno a la manera de entender el cambio en los pacientes, para luego incursionar en algunos aspectos de la técnica. La psicología de Carl Gustav Jung y su posterior evolución, conocida como psicología analítica, ha tenido históricamente en Chile menos desarrollo y difusión entre los profesionales de la salud mental que otras corrientes psicoterapéuticas. En muchos países del mundo existen sociedades de psicología analítica activas y prósperas y, desde hace algunos años, en Chile hay varias iniciativas que están comenzando en este sentido. Este texto pretende contribuir a este esfuerzo al presentar algunos elementos de la terapia de orientación analítica. Ciertamente un trabajo exhaustivo sobre el tópico incluiría otros temas, como por ejemplo la función del diagnóstico, los tipos psicológicos en el análisis, consideraciones éticas, el uso de psicofármacos y, por supuesto, el fenómeno de la transferencia. Este esfuerzo sería demasiado extenso para este formato, por lo que este trabajo debe entenderse como una aproximación a la práctica del análisis.**

## OBJETIVOS DEL ANÁLISIS

**E**l objetivo de análisis es apoyar el movimiento del analizando hacia la totalidad psicológica. Dicho movimiento es independiente del análisis y Jung lo llamó individuación. Se debe reconocer que solamente se acompaña a los pacientes durante un tramo de su proceso de individuación. Aunque el análisis representa una pequeña porción del proceso de individuación puede llegar a ser críticamente importante, al reactivar el movimiento que se ha detenido (Dieckmann, 1979/1991, pág. 6) o al intensificar y/o acelerar el paso

del proceso y al hacerlo una experiencia mucho más consciente (Stein, 1995, pág. 47).

Se puede decir entonces que el análisis busca asistir al paciente en su proceso de individuación. En este proceso una de las tareas principales consiste en propiciar el encuentro nutritivo de la conciencia con el inconsciente. Al establecerse un canal de comunicación fluida entre la conciencia y el inconsciente se propician las condiciones para que el mecanismo auto-regulador compensatorio de la psique trabaje más eficientemente. El encuentro conciencia-inconsciente tiene dos aspectos: el dominio de los complejos personales y la

<sup>1</sup> Psicólogo. E-mail: athos@mi.cl o ac.athos@gmail.com

asimilación de los aspectos instintivos y arquetípicos de la psique. Complementariamente a la elaboración racional de una situación problemática y a la atención al inconsciente personal, el trabajo del analista debe perseguir que la persona se relacione con sus propias fuentes de vitalidad y de significado simbólico: "...el interés principal de mi trabajo no se preocupa del tratamiento de la neurosis sino que de la aproximación a lo numinoso...y en tanto usted alcanza las experiencias numinosas usted se libera del curso de la patología" (Jung, 1937 en Kirsh, 1995, pág. 194). Por numinoso Jung se refiere a las vivencias arquetípicas. A medida que el análisis penetra en las zonas más profundas del inconsciente, las dinámicas que se encuentran son de naturaleza instintiva y arquetípica. El encuentro con estas fuerzas fortalece y relativiza el ego: lo fortalece por el mayor control y dominio que trae el auto-conocimiento; lo relativiza por la vastedad del inconsciente en comparación con los límites de la conciencia yoica. El ego, paradójicamente, se hace más grande y pequeño (Stein, 1995, pág. 40).

No se trata de que el análisis esté siempre escarbando el inconsciente en busca de lo numinoso sino más bien implica que el analista sostenga esta perspectiva general mientras trabaja con el material que en cada sesión le trae el paciente. El análisis incluye también en buena medida la atención a actitudes conscientes, a patrones de comportamiento, a estructuras y dinámicas psicológicas que podrían ser consideradas de menor importancia. El dinamismo hacia la totalidad se promueve también por la acumulación de pequeñas y aparentemente insignificantes modificaciones psicológicas o comportamentales (Stein, 1995, pág. 31).

Mientras que en otros tipos de aproximaciones terapéuticas es una convención formular objetivos del tratamiento y evaluar el progreso en relación a dichos objetivos, en el análisis típicamente jungiano las metas son más difusas, amplias y de largo alcance (ver Stein, 1995, pág. 29 y 30). Al ser central en la terapia jungiana la apertura al inconsciente, los objetivos van surgiendo y variando a partir de las demandas de la relación consciente-inconsciente en el analizando y de la relación transferencial. Por ejemplo, el rumbo de la terapia puede estar puntualmente determinado por los sueños que trae el paciente y/o por las asociaciones que hace.

Jung describió cuatro etapas, no necesariamente secuenciales, o tipos de relación en el tratamiento: confesión, elucidación, educación y transformación. Los objetivos generales del análisis en los tres primeros momentos son: a) aliviar la vergüenza y la culpa de tal manera que el ego pueda funcionar normalmente; b) llenar la experiencia, a veces traumática y dolorosa,

que ha sido reprimida, en orden de tomar perspectiva de uno mismo y de la propia historia y retirar las proyecciones (especialmente las parentales); c) balancear actitudes y mejorar el funcionamiento psicológico al integrar energías que han estado reclusas en el inconsciente (Stein, 1995, pág. 37). La cuarta etapa llama reconocer las fuerzas arquetípicas e incorporarlas en la propia vida.

## CURA, CAMBIO E INDIVIDUACIÓN

Jung (1970) consideraba un error el hablar de cura en el análisis y además consideraba que una nueva actitud adaptativa propiciada por el análisis es sólo temporalmente estable. No puede desatenderse el que la vida se da siempre como una estabilidad dinámica, que el inconsciente y el mundo no dejan de presentar demandas problemáticas. El análisis no es una cura definitiva ya que ningún cambio es incondicionalmente válido por un largo periodo. La vida se sostiene siempre en el límite de la muerte. La entropía negativa propia de los organismos vivos solamente es posible en la medida que se encuentran abiertos al mundo físico y social y, por lo tanto, a las posibilidades y demandas de dichas realidades. Ciertamente, existen actitudes colectivas saludables ante situaciones problemáticas típicas pero en cada caso esa norma general debe actualizarse en la individualidad de cada experiencia. La reorganización estructural y el desarrollo de ciertas habilidades en el análisis preparan al paciente para enfrentar de mejor manera sus problemas futuros, pero, en ningún caso, garantizan la superación, sin dificultades, de los nuevos desequilibrios. Es por ello, afirmaba Jung, que es común que los pacientes busquen, en distintos momentos, la ayuda del analista.

Respecto a la noción de cura en el análisis, hay que considerar además que dada su inteligencia particular entre los organismos vivos, así como su organización en grupos para la subsistencia y, algunos agregarían, a su espiritualidad, el ser humano no es simplemente un ente que se adapta al medio sino uno que es capaz de transformarlo. En su aspecto negativo, esta capacidad de transformación es tan grande que incluso amenaza toda la vida en la tierra. Por otra parte, este potencial de transformación ofrece algunos de los mejores frutos del ser humano. En este sentido puede ocurrir, como una demanda legítima de un proceso de individuación, que lo necesario para una persona sea el despliegue de una actitud desadaptativa ante el mundo social. En este momento se enfrentan las exigencias de la individualidad con las del colectivo. Esta situación tiende a llamarse trastorno en la jerga psicológica actual pero

es también, en ciertos casos, no sólo una posibilidad de desarrollo personal sino social. En esta línea Dieckmann (1979/1991, pág. 16) argumenta que “la totalidad también incluye el sufrimiento, la enfermedad, la muerte y la desadaptación creativa a las condiciones existentes”. Por lo tanto, desde una perspectiva jungiana de la terapia, no se puede sostener la noción de que toda desadaptación siempre debe ser eliminada. Aclara Dieckmann que la individuación no es el caos ni una desadaptación obstinada a cualquier precio en el sentido de un individualismo mal entendido. La individuación no consiste en una orientación egocéntrica hacia una particularidad del individuo sino, al contrario, demanda la cooperación entre todos los factores presentes en el ser humano. La individuación persigue la totalidad y el desarrollo de todas las potencialidades en un individuo en igual medida, incluyendo, por supuesto, su dimensión social. Se sabe que los factores psíquicos nucleares son colectivos y la cualidad individual de la personalidad consiste en las proporciones particulares de esos factores que varían de persona en persona. El proceso de individuación, al que la psicoterapia ayuda, trae la conciencia de la comunidad humana porque nos hace conscientes de lo inconsciente, que nos une y es común a toda la humanidad. Una vez que el individuo se encuentra seguro en sí mismo, hay cierta garantía que la organizada acumulación de individuos resultará en la formación de no una masa anónima sino de una comunidad consciente (Jung, 1966, pág. 108). La condición indispensable para esto es la libertad de elección y la decisión individual. Sin esta libertad y auto-determinación no hay una verdadera comunidad, y, debe decirse, sin tal comunidad incluso el hombre libre no puede, en el largo plazo, prosperar.

También es necesario entender que la cura o el cambio que aspira quien busca análisis muchas veces sólo será posible mediado por decisiones morales. Aparece una dimensión moral del cambio, por ejemplo, cuando producto del contacto con el inconsciente se da una inflación de la conciencia, situación que debe ser superada mediante un difícil auto-examen moral (Jung, 1978). Además, en el encuentro con lo inconsciente se debe propiciar una asimilación que vaya más allá de la comprensión racional y que incluya el sentimiento. Esto significa que en determinados momentos de la individuación el alivio o el cambio requerirán de la persona una valoración de la situación y una opción. El *opus* de la individuación requiere no sólo de conocimiento intelectual sino que implica, sobre todo, una empresa moral. Aunque exista comprensión intelectual de una determinada circunstancia psíquica puede faltar coraje y confianza en sí mismo, o puede uno ser demasiado

perezoso, mental o moralmente, o demasiado cobarde, para hacer un esfuerzo (Jung, 1978). La ética es la dimensión que rige la conducta y, siendo así, no puede dejar de ser una dimensión en el proceso de individuación. Primero, claro, se precisa saber cómo uno es para, después, procurar encaminar la propia naturaleza de la forma más ética posible (Byington, s/f).

Entendidos algunos de los condicionantes para una adopción de la noción de cura en el análisis, es posible, ahora, dedicar unas líneas para exponer, a *grosso modo*, cómo se produce el alivio psicológico que muchos pacientes experimentan en el análisis. En el encuentro con el inconsciente un individuo adquiere un entendimiento (*insight*) de la relación dinámica entre el ego, los complejos y arquetipos. Esto proporciona cierto control consciente y dominio sobre la interferencia causada por los complejos y las defensas (Stein, 1995, pág. 41). Cuando los complejos son efectivamente vinculados con los recuerdos de eventos traumáticos de la infancia que los crearon, ellos pierden mucha de la habilidad de alterar la conciencia. El efecto del análisis reductivo sobre el paciente es liberarlo de la ansiedad excesiva y la defensividad invalidante y permitirles experimentar nuevas sensaciones y potencialidades. En el entendimiento jungiano la activación de esos sentimientos y potencialidades se debe a la constelación de los arquetipos (Stein, 1995, pág. 43). La atención a los complejos y el inconsciente personal genera una condición favorable para el encuentro con los arquetipos y el inconsciente colectivo. En la medida que el cambio del paciente sea de base arquetípica el nuevo estado no regresará fácilmente a su condición anterior bajo el estrés de la vida cotidiana (Stein, 1995, pág. 47).

## TÉCNICAS EXPRESIVAS EN EL ANÁLISIS<sup>2</sup>

Una persona se encuentra con el inconsciente en el análisis de varias maneras: al considerar los sueños que ocurren durante el análisis, al reconocer las proyecciones que ocurren en la transferencia y en otras relaciones, en la reconstrucción de las vivencias infantiles y su impacto en la personalidad adulta y/o en las imágenes reveladas por técnicas expresivas.

Las técnicas expresivas son técnicas específicas en el marco teórico del análisis jungiano que permiten un acercamiento y un entendimiento con el inconsciente. Tanto el ego como el inconsciente tienen, en dichas técnicas, igual importancia.

<sup>2</sup> Debo a mis colegas Ruby Dussaillant, Arlette Gillet y Teresa Moreno importantes contribuciones en este apartado.

Cada técnica debe ser orientada hacia las necesidades específicas del paciente en un momento determinado. La relación terapéutica es la que guía el cuándo y con quién se debe aplicar qué técnica. La técnica es sólo un recurso y requiere de criterio clínico para su aplicación. Las técnicas expresivas ayudan a elaborar situaciones en las cuales la verbalización es insuficiente y se exige la vivencia de una cierta experiencia. Algunas de estas técnicas son: el psicodrama, la psicodanza, las marionetas, el *enactment* y la psicoplástica. Brevemente, a continuación presentamos dos de las técnicas más típicas del análisis jungiano.

Una de las técnicas expresivas es el *sandplay* que consiste en darle al paciente la posibilidad de recrear su estado interno. El terapeuta dispone de una caja con arena y de una serie de figuras en miniatura para que el paciente pueda crear escenas o representaciones de su vida psíquica. Algunos terapeutas incorporan el agua dentro de los objetos que le ofrecen al paciente, por lo que, en esos casos, se dispone de una segunda caja apropiada para esa situación. De esta manera: “mediante el juego libre y creativo, procesos inconscientes se hacen visibles en una forma tridimensional y en un mundo pictórico comparable a la experiencia del sueño” (Kalff, 1986). En el *sandplay* se establece una conexión entre consciente e inconsciente, estableciéndose un vínculo entre el mundo interno y externo. Sólo en los momentos iniciales del juego la conciencia es la responsable de lo que se hace, luego “parece que algo más que el terapeuta y el cliente –un tercer ojo– entra en el contenedor analítico. Es casi como si un otro –un curador interno de un nivel más profundo del inconsciente– ha creado las imágenes” (Dean, s/f). Es el *self*, el centro arquetípico de la personalidad, el que empieza a jugar. Éste es un juego simbólico que promueve la integración de material inconsciente, a partir de lo cual pueden ocurrir cambios en la relación entre el ego y el *self* que estimulan el desarrollo de la personalidad. Una buena disposición de la conciencia para acoger los símbolos del inconsciente permite a la persona beneficiarse de la energía que éstos traen. Además, la llegada de estos símbolos a la conciencia tiene un efecto terapéutico porque puede liberar la energía asociada a complejos, que queda, entonces, a disposición del ego. Jung también postulaba que escuchar el mensaje de los símbolos del inconsciente es beneficioso porque proporciona una visión complementaria a las percepciones conscientes, lo que puede ser de mucha ayuda para la psicoterapia y el proceso de individuación.

La imaginación activa es una técnica que estimula un encuentro directo con la realidad del inconsciente. En el método para practicar la imaginación activa lo pri-

mero es pacificar la mente, y para esto sirve comenzar por concentrarse en un punto específico, ya sea estado de ánimo, imagen o suceso. Luego debe permitirse que se desarrolle una cadena de fantasías asociadas que gradualmente toman un carácter dramático, las imágenes toman vida propia y se mueven según su propia lógica. Es necesario suprimir la crítica consciente y permitir que entre lo que sea a la conciencia. A las imágenes no se les debe permitir cambiar como un calidoscopio, la técnica consiste en mantener la atención sobre la primera imagen y no dejarla escapar hasta que se haya explicado por qué apareció ante nosotros, qué mensaje nos trae del inconsciente, o qué quiere saber de nosotros; siempre se presentará la necesidad de entrar uno mismo en escena y/o conversar con ella. Si se omite esto, la fantasía o bien cambiará o bien se quedará detenida. El verdadero propósito de la imaginación activa es llegar a entenderse con el inconsciente, y para eso debemos mantenernos “fuera pero dentro”. En la imaginación activa el ego consciente es estimulado por los sentimientos que se despiertan y reacciona más inmediata y directamente que cuando se trata de un sueño. No es un soñar despierto sino más bien un drama actuado, que obliga la participación del vidente. En contraste con los sueños que son experimentados pasivamente, este proceso requiere de la participación activa y creativa del ego. Esto crea una nueva situación en la cual los contenidos inconscientes quedan expuestos en un estado de conciencia lúcida. Las fantasías buscan la cooperación de la vida consciente, y puede estimular la superación de la situación neurótica, pero sólo logran éxito si ellas son integradas y no se convierten en un sustituto o un escape del trabajo de vivir realmente.

La imaginación activa implica salirse de la posición del ego pero sin tampoco dejar que el inconsciente tome el control. Cuando el ego toma el control y fuerza el asunto, entonces no funciona, es algo fabricado. Pero si el ego da paso total al inconsciente, entonces está en peligro de perderse en él. Por esto último la imaginación activa no es recomendada para personas en las que se sospeche una psicosis latente o fronteriza.

## LA INTERPRETACIÓN DE SUEÑOS

Ahora se sabe que cuando las personas duermen pasan por distintas etapas. La actividad onírica es acompañada por un patrón característico de ondas cerebrales muy parecidas a las que se observan durante la vigilia. Además, los ojos se mueven rápidamente, como si estuvieran observando la escena onírica. La fase de ensoñación es conocida como REM (siglas en inglés

para "rapid eye movement"). La investigación experimental con sueños ha mostrado que cuando se priva a las personas de la actividad onírica al despertarlas al comenzar la fase REM, rápidamente se hace más difícil despertarlas, y cuando se les permite nuevamente dormir ininterrumpidamente, se observa que la fase REM incrementa, como si hubiese que compensar un déficit (Cartwright, en Wyly, 1995, pág. 106). Además se ha visto que relativamente pocos son los sueños que se recuerden. De la anterior evidencia empírica se puede concluir que los sueños cumplen una función y que aparentemente dicho propósito es logrado aunque no sean recordados. Esto cuestionaría la noción asumida en la terapia de que es necesario entender los sueños.

Basado en ciertos trabajos de investigación con animales, algunos autores especulan acerca de que el propósito del sueño en los humanos es el reprocesamiento de información obtenida en la vigilia importante para la sobrevivencia (ver Winston en Wyly, 1995, pág. 108). Jung planteó que los sueños tenían un carácter compensatorio a la actitud de la conciencia. Sin embargo, esta hipótesis no encuentra respaldo en la investigación actual y además asume que para que los sueños tengan efecto deben ser recordados, una idea que tampoco encuentra soporte empírico. Más bien habría que entender la compensación como una función del ego, no del sueño. Para esclarecer esta cuestión es importante reconocer que la actividad onírica no presenta solamente la historia personal sino también la material transpersonal. El sueño serviría para reorganizar la experiencia individual en función de lo arquetípico. Así los seres humanos integramos los eventos cotidianos con un cuerpo de experiencia arquetípica, de esta manera el individuo es afectado por la historia acumulativa de la vida, a la vez que, constantemente, se agrega experiencia individual a ese conglomerado. Este proceso completaría la experiencia psicológica. Esto ocurriría, se recuerde o no el sueño. No obstante, hay un gran potencial en poder recordar ya que así se puede comprender conscientemente la información que se nos ofrece en el sueño y utilizar estos datos no sólo en una adaptación inconsciente y automática sino también para una comprensión consciente y diferenciación. Se puede decir entonces que aunque no sea necesario entender los sueños, hay una gran ventaja si de hecho lo hacemos (Whitmon en Wyly, 1995, pág. 109-110).

La interpretación de los sueños para Jung es un tarea que busca hacer conscientes unos contenidos, hasta entonces inconscientes, que tienen importancia para la vida del soñante (Jung, s/f, pág. 60). Jung adoptó la idea presente en su tiempo, que reconocía en el sueño

la expresión de factores etiológicos de las dificultades psíquicas de sus pacientes. Además, Jung postuló que existe una segunda manera de proceder, en función de la cual es el sentido del sueño lo que se revela. El primer tipo de interpretación onírica es de tipo analítico-reductivo. El método analítico toma el símbolo en orden de descubrir su fuente, causa o historia en la vida de un individuo. El método sintético se centra en la pregunta no de la causa sino del objetivo del sueño (Jung, s/f, pág. 79). Este procedimiento es especialmente útil frente a símbolos arquetípicos, que dan pistas sobre la dinámica a la que pertenecen e indican, por lo tanto, una vía de desarrollo. Ambos métodos son necesarios al tratar de entender un sueño.

En ambas aproximaciones generales al sueño nos enfrentamos con el problema de cómo se establece el vínculo entre la simbología onírica y una causa o un sentido específicos. Para esto ayuda, en el primer método, investigar lo que el sueño significa para el paciente, considerando, además, las convicciones religiosas, morales y filosóficas del soñante. Un primer paso consiste en conocer la situación consciente del soñante. Luego, ha de procederse a preparar cuidadosamente su contextura; esto consiste en pedir al soñante que haga algunas asociaciones en torno a las imágenes oníricas. Al analizar un sueño se deben limitar las asociaciones y atenerse estrictamente a las imágenes del sueño, intentando saber qué significa la imagen para la persona que sueña. Jung advierte que es necesario prescindir de las asociaciones que superan excesivamente el contenido del sueño (Jung, 1970, pág. 79) para evitar caer en una especie de asociación libre.

Un observador exterior no podría decir *a priori* ante qué y cómo reacciona un ser, y por eso los símbolos del sueño son de naturaleza esencialmente individual. Es necesario encontrar en el psiquismo del que sueña de qué contexto, es decir, de qué conjunto se han desprendido las imágenes oníricas, qué atmósfera las rodeaban. Una vez establecido el contexto, la estructura del sueño aparece mucho más claramente y el terapeuta puede estar en posición de aventurar una interpretación. En el método reductivo, es la dinámica psíquica del individuo la que establece una relación entre el símbolo y el contenido inconsciente; el sujeto, a través de sus asociaciones, va esclareciendo el significado de los símbolos.

El método reductivo, afirma Jung, llega a su término en el instante en que los símbolos del sueño no pueden ya reducirse a reminiscencias o aspiraciones personales, es decir, cuando comienzan a reproducirse las imágenes del inconsciente colectivo. Aquí entra en juego el método constructivo que también recurre, en



un primer momento, a las asociaciones del soñante. Sin embargo, las imágenes arquetípicas, a diferencia de las otras que aparecen en el sueño, tienen un significado supra-personal, común a toda la humanidad. Frente a estas imágenes el terapeuta puede aventurar interpretaciones generales que pueden ser tan válidas como las realizadas por el mismo paciente. Ante símbolos arquetípicos el terapeuta debería recurrir a los paralelismos encontrados en el folklore, los mitos o expresiones artísticas. De esta manera una imagen onírica puede ser expandida, amplificada en la jerga jungiana, a un mundo de significado que sugiere el propósito del sueño. El método sintético es analógico, es decir, busca similitudes entre las imágenes o temas, posibilitándose así el reconocimiento de un patrón. La temática de un sueño, por ejemplo, se compara con un mito para encontrar una imagen similar o un tema parecido. Al ejercer esta comparación debe cuidarse de que los elementos a comparar sean producciones espontáneas de la psique, no intencionadas ni influidas culturalmente.

Hall identifica tres tipos de amplificaciones: personales, culturales y arquetípicas (en Wyly, 1995, pág. 118). Además se sugiere un orden al amplificar: lo personal precede a lo cultural y lo cultural a lo arquetípico. Sólo si el sueño no se aclara a partir de amplificaciones del nivel personal deberían explorarse las amplificaciones de índole cultural o arquetípica.

También se encuentra en Jung el reconocimiento de que una interpretación será más confiable cuando se cuenta no con un solo sueño sino con una serie de sueños que permiten rectificar, en sueños sucesivos, los errores cometidos en la interpretación de los primeros. La serie de sueños permite reconocer mejor los contenidos y motivos fundamentales.

La interpretación de un sueño no debe ser nunca una actividad persuasiva en la que el analista trata de convencer al paciente respecto al significado de su sueño. La verdadera comprensión del sueño tiene más bien el carácter de un acuerdo, producto de la reflexión del paciente y el terapeuta. Cuando la interpretación es adecuada permite que el paciente asimile el mensaje del inconsciente, lo que consiste en que el soñante sea capaz de ver sus dos actitudes, consciente e inconsciente, ante un problema dado. La "asimilación" significa, en este caso, la compenetración mutua de contenidos conscientes e inconscientes y no la valoración unilateral ni la transformación del contenido inconsciente por la conciencia. Para la asimilación del contenido de los sueños es de singular importancia que no se hiera, ni menos se destruya, ningún valor positivo de la perso-

nalidad consciente, pues, de lo contrario, nada podría asimilarse. El reconocimiento de lo inconsciente no es un experimento que trastoca todo y que conserva exactamente la misma situación que había querido mejorar. Es pues, necesario conservar los valores de la personalidad consciente, pues la compensación mediante lo inconsciente sólo es efectiva cuando coopera con una conciencia íntegra.

Una manera interesante de trabajar clínicamente con los sueños consiste en expandirlos, a partir de su trama o elementos, desarrollándolos para permitir hipótesis sobre su significado. Una forma de hacer esto es mediante el empleo de la imaginación activa. Por ejemplo, se puede emplear la fantasía al darse un diálogo imaginario con los personajes del sueño. Esta actividad la puede hacer el paciente por sí mismo, llevando un registro y trayéndolo luego al análisis. También se puede pedir a los pacientes que pinten, dibujen o escenifiquen sus sueños.

Otra posibilidad de enfrentar un sueño es cuando ocurren sueños lúcidos. Aquí, el paciente puede, hasta cierto punto, interactuar con la situación onírica. Se da un estado muy parecido al que se produce durante la imaginación activa pero mientras se duerme. En algunas personas los sueños lúcidos, simplemente, a veces ocurren pero también esta facultad puede ser cultivada (Wyly, 1995, pág. 123).

## REFERENCIAS

1. Byington C (s/f). *Polaridades, Reductivismo y las Posiciones Arquetípicas. Un Estudio Epistemológico para la Psicología Simbólica*
2. Dean LE (s/f). Access Doing Nothing – One more approach to Sandplay Therapy. Página web: <http://www.sandplay.org/whatis.html>, 2004
3. Diekmann H (1979/1991). *Methods in Analytical Psychology. An Introduction*. Chiron Publications, Wilmette, Illinois
4. Jung CG. Capítulo VIII. Psychotherapy Today. The Practice. In: Fordham M, Read H. *Psychotherapy*. Princeton University, EE.UU., 1966, pp. 94-110
5. Jung CG. *Del sueño al mito. Los Complejos y el Inconsciente*. Alianza Editorial, Madrid, 1970
6. Jung CG. *La Psicología de la Transferencia*. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1978
7. Jung CG (s/f). *La Aplicación Práctica del Análisis de los Sueños. Realidad del alma*. Losada, Buenos Aires, pp. 87-98
8. Kalf D. 1986 Access Introduction to Sandplay Therapy. Página web: <http://www.sandplay.org/whatis.html> Date 2004
9. Kirsh J. (1995). *Transferencia. Jungian Analysis*. Stein M. Illinois, Open Court
10. Stein M. (1995). The Aims and Goal of Jungian Analysis. *Jungian Analysis*. M. Stein. Illinois, Open Court
11. Wyly J. (1995). *Dreams and Jungian Analysis. Jungian Analysis*. M. Stein. Illinois, Open Court

## CLÁSICOS

# EL “PROYECTO DE PSICOLOGIA” DE SIGMUND FREUD: IDEAS SOBRE UN TEXTO FUNDACIONAL

(Rev GPU 2007; 3; 2: 203-212)

León Cohen<sup>1</sup>

Este trabajo propone que un estudio detallado del “Proyecto de psicología” freudiano sugiere algunas de las siguientes ideas: 1) El “Proyecto de Psicología” es el primer modelo psicoanalítico de aparato mental y, por lo tanto, un texto fundacional de la metapsicología. 2) Los conceptos centrales del modelo son “memoria”, “yo” y “pensar”. Éstos representan estructuras y funciones que se despliegan e interactúan entre sí a lo largo del desarrollo del aparato mental. La organización de la memoria va permitiendo el desarrollo del “yo”. La interacción entre la “memoria” y el “yo” va abriendo paso a la generación del más formidable, sutil y económico modo de representar la dinámica de los eventos reales externos: el “pensar”. 3) “Memoria”, “yo” y “pensar” significan un paradigma económico y dinámico más compatible con la experiencia clínica (temporal) que el de los conceptos de “conciencia” e “inconsciente” como “espacios” psíquicos (1899). 4) La mente es un sistema con un fin práctico original: la satisfacción de las necesidades, y organizada, en un comienzo, como una red de múltiples experiencias de satisfacción y de dolor a través del trabajo del “yo” durante el desarrollo. 5) Es posible reconocer en el texto tres niveles de desarrollo del aparato mental, desde uno basado en la descarga de la energía a otro centrado en la ligazón de sus componentes y la contención de la energía. Este documento intenta colaborar en la revisión del “Proyecto” y elaborar algunas ideas basadas en él y que puedan estimular reflexiones metapsicológicas posteriores.

Hace aproximadamente cien años, en la Carta 23 del 27 de abril de 1895, Freud le informaba a Fliess que estaba trabajando en la teoría de un proyecto de psicología que estuviese sustentado científicamente y que pudiese dar forma y servir de referente a la psicología normal a través de la conceptualización de la experien-

cia clínica que hasta ese momento acumulaba. Luego del 1 de enero de 1896, fecha en la que escribió en la Carta 39 una revisión resumida de las ideas centrales del “Proyecto”, Freud nunca más volvió a referirse al “*Entwurf einer Psychologie*”. Sólo se lo pudo descubrir y publicar en 1950. Desde entonces su estudio ha apor-

<sup>1</sup> Miembro Asociado APCH. E-mail: leoncohen@entelchile.net

tado una mayor comprensión de las raíces teóricas de la teoría psicoanalítica.

He pensado en tomar al "Proyecto de Psicología" como tema general de este trabajo. Algunas de las razones para hacerlo son las siguientes:

- a. Se trata de una obra generada en el periodo fundacional de la teoría psicoanalítica.
- b. Propone el primer modelo psicológico de aparato mental de la teoría psicoanalítica.
- c. Enuncia ciertas funciones, mecanismos y organizaciones que persistirán como fundamentales a lo largo de la metapsicología.

Enfocaré el estudio en el aparato mental del "Proyecto". Las dos proposiciones principales, los tres niveles en su desarrollo y sus tres conceptos básicos. En el trabajo expondré conceptos centrales del texto de Freud e incluiré algunas elaboraciones propias acerca del material. Los diagramas son de mi responsabilidad. Cerraré el trabajo con un epílogo en el que resumiré sucintamente lo señalado.

### EL "PROYECTO DE PSICOLOGÍA": PRIMER MODELO FREUDIANO DE APARATO MENTAL

He seleccionado tres aspectos. En el primero presento las dos proposiciones principales, premisas del modelo. Luego muestro los tres niveles jerárquicos que a mi parecer pueden extraerse del desarrollo conceptual del modelo de aparato mental expuesto en el "Proyecto". A continuación expongo la idea de que el modelo está constituido por el paradigma de la interacción de los procesos memoria-yo-pensar y no por el paradigma consciente-inconsciente (constitutivo del modelo de 1900).

La noción de una psicología dinámica tiene un fundamento originario en la construcción del modelo constituido por el "Proyecto" en base a los análogos de la dinámica física newtoniana. Mi impresión es que Freud no contó en ese momento con análogos más sofisticados para representar sus intuiciones clínicas. Las intuiciones de Freud quedaron "encerradas" en analogías demasiado literales y estrechas que lo llevaron al final a la sensación de frustración y al ocultamiento del modelo. Algunas de esas ideas las continuó desarrollando pero dentro del paradigma de la psicología decimonónica: la conciencia, y en el contexto del espacio newtoniano, la noción topográfica. Creo que esto implicó llevar una noción interactiva, como la que pienso está presente en la conceptualización de la memoria, el yo y en los procesos de pensar, a una noción topográfica y

a la utilización de análogos espaciales en la explicación de los procesos conscientes-inconscientes.

No desarrollaré aquí la idea de la noción interactiva mencionada. En todo caso pienso que hay teorías psicoanalíticas posteriores, como es el caso de la teoría de las relaciones objetales que recuperan la noción de interacción de procesos mentales por sobre la dualidad consciente-inconsciente. Creo que esto es importante pues un modelo basado en la idea de un campo interactivo está más cercano a la realidad de la situación clínica analítica, acercando la teoría del modelo de aparato mental y la teoría de la técnica.

### 1. LAS DOS PROPOSICIONES PRINCIPALES

La *concepción cuantitativa ("Q")* es la primera proposición principal de Freud en el "Proyecto." (pág.339)(2). En la Introducción Freud concibe a "Q" como aquello que "diferencia la actividad del reposo ...sometida a la ley general del movimiento" (pág.339). Esta noción tiene una importancia fundamental en la teoría del "Proyecto"; pero, además, y por sobre la proposición siguiente, seguirá jugando a lo largo de la teoría psicoanalítica un papel central en los modelos, a pesar de que Freud siempre insistió en que la naturaleza de "Q" le era desconocida. Esta proposición describe "cantidades" en "movimiento" o "fluyentes" a través de un medio como son las "masas" del ambiente externo, los "caminos neuronales" o los "músculos". Esta noción es muy importante pues Freud señala que el "organismo" o sistema originario funciona primariamente tratando de "aliviarse de la cantidad" (id. ant.). Es la actividad formalizada como "principio de inercia", legalidad fundamental para comprender "edificio" y "desarrollo" del aparato.

La *"teoría de las neuronas"* es la segunda proposición principal (I, pág. 342). En la Introducción Freud expresa la idea de que los procesos en el aparato tendrían que ser "estados cuantitativamente comandados por unas partes materiales comprobables..."(pág.339)(2). Tales "partículas materiales" serían las neuronas. De esta manera el aparato sería un conjunto compuesto por estos elementos neuronales relacionados entre sí y configurando una arquitectura básica y definida que tiene consecuencias funcionales para el aparato. Mi opinión es que Freud rápidamente generaliza al avanzar en el texto, alejándose de la aparente concepción orgánica-neurológica de los elementos neuronales y acercándose a un modelo que tiene un esquema funcional "neuronal" (entre comillas) de premisa o proposición fundante. A poco andar ya no podemos sostener que estas "neuronas" son las mismas neuronas de la neurología con

las que Freud intentó iniciar la investigación. Se trata de “neuronas” que son una construcción análoga, pero no idéntica a las neuronas que son tema y objeto de los neurólogos (Kanzer, 1973)(5). Freud no aclara esto y sigue usando el término “neurona” indistintamente si se trata de una reflexión en el contexto del modelo de aparato mental o de una referencia al modelo neurológico. Pienso que si se confunde <la neurona> con <la “neurona”> este trabajo reflexivo analógico cae en la literalidad y lleva a pensar en la equivalencia entre la neurología y el modelo en cuestión, es decir, a pensar en ese momento, erróneamente a mi parecer, la teoría del “Proyecto” como una teoría neurológica mecanicista. Mi impresión es que Freud en realidad investiga en la interacción entre el modelo psicológico y el modelo “neurológico” (entre comillas), esquema, este último, de un nivel de abstracción y generalidad más alto que el que le corresponde al sistema nervioso, objeto de la neurología (Kanzer, 1973)(5). La correspondencia entre los modelos mencionados se extiende “horizontalmente” generando una interacción productiva y estimulante en la medida en que suscita en la mente de Freud la generación de nuevas hipótesis.

Siguiendo con estas especulaciones Freud conceptualiza la “combinación” mencionada como la “representación de una neurona (N) *investida* {*besetzt*}, que está llena con cierta  $Q_n$ , y otras veces puede estar vacía” (pág.342)(2). Hay aquí, a mi parecer, una directa analogía con el concepto físico de la cantidad de movimiento, aquella diferencial entre la masa en reposo y en movimiento y que es indicador de la energía cinética que ingresa o sale de un sistema. Es mi impresión que tanto la proposición anterior, que menciona la “excitación” como cantidad fluyente, como la actual significan a la “cantidad” como “algo” siempre en movimiento, “corriente”, en “curso” a diferencia de la apreciación de Strachey en su Apéndice C.

Strachey (1966) plantea en el Apéndice C que a través del concepto de “inhibición”, que se detallará más adelante, Freud estaría indicando un mecanismo que llevaría a “modificar el estado fluyente de Q y convertirlo en un estado estático en una neurona” (pág.442)(7). La inhibición, función yoica como veremos, juega un papel determinante en la constitución del estado ligado, situación cuantitativa propia de la organización yoica. Mi impresión es que “ligar” no significa paralizar las cantidades o excitaciones sino que evitar, a través de los efectos cuantitativos que traen las investiduras colaterales, que las excitaciones discurran por vías que lleven a un desprendimiento de placer. Freud, y así lo menciona él, describe al principio los mecanismos usando el esquema de una sola neurona y más tarde

usa la idea de complejos neuronales. Si se piensa el mecanismo inhibitorio reduciendo el sistema total a una sola neurona se graficará el estado ligado como una cantidad contenida en la neurona, pero si se lo piensa con la idea de sistema neuronal se podrá entender mejor el estado ligado como una estructura de cantidades corrientes contenidas en el sistema. Por lo demás, como lo hemos dicho, “Q” es definida por Freud desde el comienzo y para siempre como “algo” “que tiene todas las propiedades de una cantidad –aunque no poseamos medio alguno para medirla–; algo que es susceptible de aumento, disminución, desplazamiento y descarga” (pág.446)(7).

En definitiva pienso que la noción de cantidad significa desde el comienzo y a lo largo de toda la teoría freudiana “excitación fluyente”. La analogía proviene de la física y le da a la noción al comienzo cierta literalidad, es decir, la noción original tiende a ser interpretada como algo “material” o “físico”, pero desconocido en sí y sólo inferido por sus características básicas y generales que la hace analogable a la noción física. En este sentido hay una transformación notable a través del lenguaje utilizado como puntualiza Strachey. Freud deja de usar el término “Q” y comienza a significar la misma noción, v.g. como “energía psíquica”, acentuando la consideración de la noción como un concepto más propio del modelo psicológico que del modelo neurológico mecanicista.

## 2. LOS TRES NIVELES DE ORGANIZACIÓN EN EL DESARROLLO

A mi parecer, la “combinación” teórica recién mencionada se despliega en un desarrollo jerarquizado con distintos niveles de organización de las funciones, determinado por principios y leyes y configurando sistemas y procesos. La noción de función tiene aquí una connotación análoga a la de la función matemática usada en la física o en las ciencias biológicas. Es una variable que expresa un modo de funcionamiento de ciertos procesos en ciertas estructuras y que depende de la expresión de otras variables. Un ejemplo típico es la función de inhibición, modo de funcionamiento de estructuras yoicas y que depende de variables como el monto de excitación endógena y los montos de desprendimiento de placer.

De esta manera propongo ordenar el material teórico en tres grandes niveles de organización de las funciones: “FI”, “FII”, “FIII”. Llamaremos a todas las funciones de ingreso de cantidad al aparato como “f (in)”, a todas las funciones de salida de cantidad del aparato como “f(out)”, y al aparato “{N}” como un conjunto de

elementos "neuronales" organizado en su arquitectura y en sus interrelaciones.

### 2.1 Primer nivel de organización de funciones ("FI")

La teoría del "Proyecto" está inspirada en un punto de referencia defensivista para conceptualizar el funcionamiento. En *FI* el sistema tiene una forma de funcionamiento primario que sólo busca el "libramiento" de la cantidad que ingresa (la  $f(out)=f(primaria)=\{mov. reflejo\}$ ). La noción de defensa es de defensa de las cantidades. Esta noción está regida por el principio de inercia que postula la tendencia de un sistema a reducir a cero la cantidad o excitación en su "interior". Se trata de una tendencia dirigida a mantener la estabilidad del sistema en un orden, en este caso, primario. Llamaremos a esta situación el *nivel I de funcionamiento defensivo* o "*def.1*". El nivel "FI, def.1" implica una alta dificultad para la configuración en el sistema de una situación de "desorden", es decir, de una "in-formación" en el sistema que tenga una capacidad funcional. Esto lo simbolizaremos como nivel "*0 de la organización de "N" o "NO*". En resumen: *FI, NO, def.1*.

### 2.2 Segundo nivel de organización de funciones ("FII")

En *FII* tenemos una situación similar desde el punto de vista del principio de inercia. Lo nuevo aquí es el desarrollo, al "interior" de la originaria función primitiva  $f(out)$ , de una función secundaria que actúa negativamente sobre la  $f(in)$ . Se trata de un circuito externo de retroalimentación negativa en su nivel más primitivo y que propongo llamar "*nivel I del circuito  $f(out),f(in)$* " y para abreviarlo "*[f(out),f(in)]1*". Este circuito cumple funciones defensivas. El sistema ahora no sólo trata de librarse de las cantidades que le llegan sino que también, a través de la función secundaria, trata de huir o hacer cesar el ingreso de tales cantidades al sistema. Llamaremos a esta situación el *nivel "II de funcionamiento defensivo"* o "*def.2*". Se mantiene la situación anterior de "*NO*".

En resumen : *FII, NO, def.2 ([ f(out),f(in) ] 1 )*

### 2.3 Tercer nivel de organización de funciones ("FIII")

En *FIII* se configuran las funciones en un nivel tal que requiere una modificación del originario principio de inercia, es decir, en vez de una tendencia del sistema a la reducción a cero de las cantidades, una reducción a la cantidad menor posible que no sea cero como para solventar las funciones y procesos de la estructura. Este momento de configuración "FIII" podemos considerarlo

como el primer momento de configuración del aparato como organización y lo llamaremos "*nivel I de la organización de "N" o "N I"*".

Se trata de un momento en que ya pueden considerarse definidos entre sí los sistemas que Freud llamará " $\emptyset$ " (fi), "psi" (si) y "w" (omega). El primer momento de *FIII,NI* coincide con la ocurrencia de las vivencias de satisfacción y las vivencias de dolor. Es notorio que esto implica un "desorden" en la estructura de "N"; es decir, la "in-formación" de configuraciones que tendrán un poder operativo fundamental en la evolución de "N" en general y de los sistemas y procesos en particular. La satisfacción de las necesidades defiende de la persistencia del apremio cuantitativo de éstas y la defensa primaria en el caso del dolor es una vía para defenderse de las grandes cantidades que ingresan con éste. Por ello en *FIII,NI* hay un nivel de organización defensiva superior que llamaremos nivel "*III de funcionamiento defensivo*" o "*def.3*".

A partir del momento *FIII,NI,def.3*. se suscitará un fuerte desarrollo de estructuras de alto nivel organizacional y de amplia operación defensiva que Freud (1895) llamará "yo". En resumen : *FIII, NI, def.3. ([ f(out),f(in) ] 2 )*.

## 3. TRES CONCEPTOS ESENCIALES : MEMORIA, YO Y PENSAR

### 3.1 Memoria

#### a) Memoria y huellas mnémicas

Para Freud (1895) la memoria es "una propiedad rectora del sistema nervioso... la aptitud para ser alterado duraderamente por un proceso único" (pág.343)(2). Una pequeña alteración duradera ("facilitación") es provocada en cada barrera-contacto o zona "interneuronal" del manto de psi ("mpsi", parte de psi dividida por Freud en analogía con la neurología) por los diversos montos de cantidad de rango intercelular que ingresan a mpsi desde fi. Son los "distingos" que hay entre tales facilitaciones los que determinan una memoria, es decir, una configuración o huella mnémica capaz de orientar un flujo de cantidad de acuerdo a tales "distingos". Las "huellas mnémicas" o "imágenes-recuerdo" son el primer nivel organizacional del aparato (pág.345)(2).

Un modo de huella mnémica es la *imagen-percepción* y, por lo tanto, es un complejo "neuronal", p. e. : "neurona" a + "neurona" b. Desde el punto de vista descriptivo Freud conecta el carácter de la imagen-percepción de constituir un complejo o conjunto con un carácter del lenguaje: *el juicio*. De esta manera y

sin más explicaciones Freud señala que el juicio es la forma como aparecería en el lenguaje el hecho de la posibilidad de descomposición del complejo imagen-percepción en dos ingredientes: uno que Freud (1895) supone fijo y constante (pág.432)(2), y que nombra como *la cosa del mundo* o {*Ding*} o (*a*). El otro *variable* o *inconstante*, su *actividad* o *propiedad* (pág.373)(2), (*b*), “comprensible, la propiedad o movimiento de la cosa” (pág.432)(2), su *predicado* (pág.373)(2). Esta división es la condición de posibilidad de la formación de juicio, el punto que está al comienzo de los procesos de pensar (pág.432)(2).

Este hecho, para Freud, significa una ventaja económica desde el punto de vista cuantitativo. Podemos imaginar lo que significaría que cada vez que percibiéramos un objeto tuviéramos que reconocerlo, es decir, discernirlo y comprenderlo como un todo. “Psi” tendría que esforzarse enormemente, dentro de la rapidez con que aparecen las percepciones, para tratar de ubicar en la memoria exactamente el objeto como un todo. El mundo externo percibido estaría así representado en el aparato mental de puras singularidades, abrumando de esa manera a la memoria. Por ello Freud señala lo siguiente: “Como el complejo-cosa retorna en conexión con diversos complejos-propiedad, y éstos retornan en conexión con diversos complejos-cosa, surge una posibilidad de retrabajar, por así decir, de un modo universalmente válido y prescindiendo de la percepción real en cada caso, los caminos de pensar que llevan desde estas dos clases de complejos hasta el estado-cosa deseado. El trabajo de pensar con juicios, en vez de pensar con complejos de percepción singulares no ordenados, es entonces un gran ahorro” (pág.432)(2).

*b) Estructuración de huellas mnémicas.  
Las primeras vivencias.*

– Vivencia de satisfacción

Engrama triangular constituido, en un vértice, por las “neuronas” del núcleo de psi (“npsi”; la otra parte en que Freud divide psi) donde se produce periódicamente un acopio de excitaciones endógenas que provienen del soma y que tiende a descargarse en “mpsi” (*estado de esfuerzo*) y de allí al aparato motriz, generando en primer lugar una *alteración interior*, es decir, un conjunto de movimientos cuyo sentido es el entendimiento o comunicación con otro sujeto, es decir, buscar el auxilio ajeno para la realización de la acción específica, acción que deberá cancelar el estado de esfuerzo. En otro vértice se encuentran las “neuronas” “mpsi” correspondientes a la huella mnémica de la imagen-percepción

del objeto a través de cuya acción (el “auxilio ajeno” que se necesita) se logrará la satisfacción. En el tercer vértice estarían las “neuronas” del manto investidas por las *percepciones* o *noticias del movimiento reflejo desencadenado a raíz de la descarga en la alteración interior y/o en la acción específica* (pág.363)(2). Los caminos entre los puntos del engrama quedan facilitados entre sí por simultaneidad.

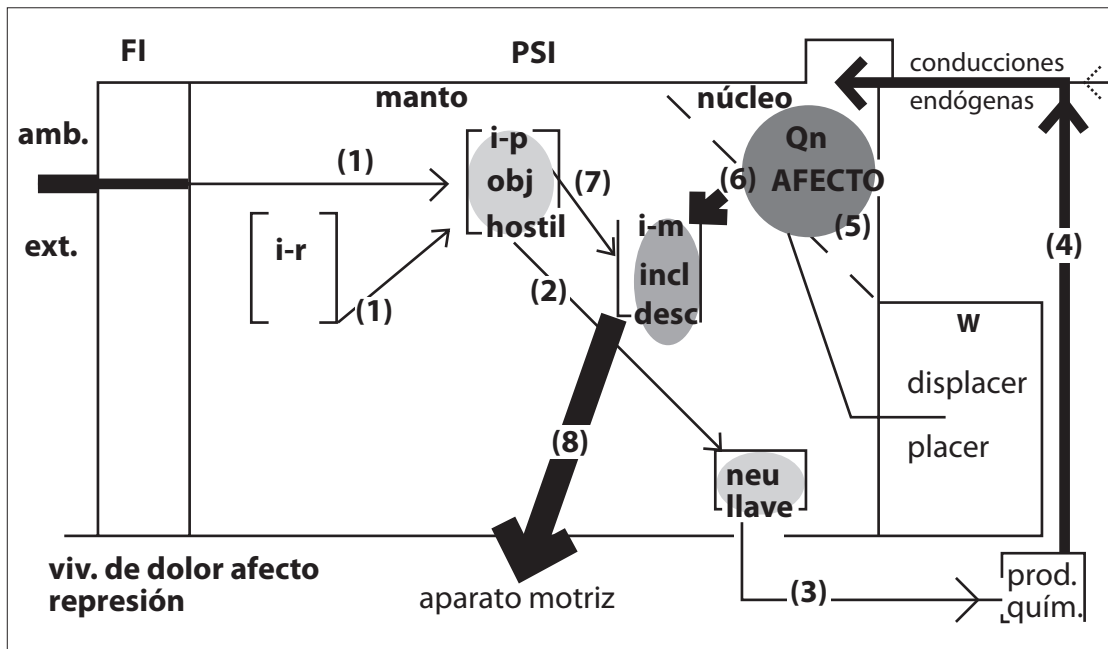
Esto significa que, por ejemplo, al reanimarse el estado de esfuerzo se activará, en primer lugar, la huella mnémica del objeto que produjo la satisfacción anteriormente (“atracción de deseo”) y luego, a raíz de ello, el engrama completo. El engrama reanimado de la vivencia de satisfacción se llama *deseo*. La atracción hacia el objeto de deseo (pág.367)(2) tiene consecuencias cuantitativas y biológicas pues el monto de cantidad que llega a investir a esa huella mnémica es apreciable y puede suscitar lo que Freud llama una “*alucinación*”, es decir, la excitación de una huella mnémica que puede adquirir carácter similar a la percepción. La ocurrencia de la alucinación conlleva un peligro “biológico” (amenaza para los fines adaptativos y de sobre-vivencia del organismo). En efecto, si surge el deseo con un recuerdo investido alucinatoriamente estando ausente externamente el objeto de deseo significaría para el aparato que este objeto estaría efectivamente presente en el ambiente externo. Este engaño podría llevar a que en el aparato se active inútilmente la realización de la alteración interior y la ulterior búsqueda de la acción específica. Esta situación alucinatoria no culminaría en la satisfacción sino más bien en la mantención del estado de esfuerzo, por ende de la descarga en la alteración interior y/o en la acción específica. Así se estaría perdiendo cantidad inútilmente (siempre necesaria para la consumación de la exigente acción específica adecuada). Freud describe esta situación como un *proceso primario*.

– Vivencia de dolor

El ingreso a mpsi de intensas magnitudes de excitación desde el ambiente externo por el fracaso de los dispositivos de apartamiento de cantidad del aparato producen en “mpsi” un aumento en el nivel de la excitación. Podemos graficar las consecuencias de esto en el siguiente engrama. En un punto la imagen percepción del *objeto generador de dolor u hostil*. En el otro punto la imagen-movimiento derivada de la *percepción de los movimientos* generados por las cantidades descargadas a través de las vías de la “*inclinación a la descarga*”.

La *reanimación del engrama “vivencia de dolor”* (ver figura, de mi responsabilidad) se produce por la acti-





vacación de la huella mnémica del objeto hostil debido a un monto normal de cantidad (una percepción) (1), o también por asociación (1) debido a un decurso de cantidad proveniente de otras huellas mnémicas. Tal reanimación Freud la llama aquí *afecto* (6). Freud se plantea la siguiente pregunta: ¿Cómo es posible que en el afecto, que es sólo el recuerdo de la vivencia de dolor ocurrida en el pasado, se pueda desprender un intenso displacer como si la vivencia fuera actual? Freud supone que la imagen-recuerdo (i-r) del objeto hostil desarrolla una facilitación de "particularísima amplitud" (2) con un conjunto de "neuronas secretorias" llamadas "neuronas" "llave" ("nllave") que resultan en estimular la secreción (3) de productos químicos que tienen acción eficiente (4) en las conducciones endógenas multiplicando el efecto del estímulo original proveniente de la i-r del objeto hostil. Esto deriva en que se produzca un incremento significativo de Qn en el núcleo (Qn npsi) (5). Este incremento llega a un punto en que deriva hacia mpsi. Este aumento de nivel de cantidad en mpsi significará un incremento en el desprendimiento de displacer y una inclinación a la descarga en general.

Pero también esa mayor investidura de mpsi, específicamente de la i-r del objeto hostil, derivará, por las facilitaciones ocurridas, en la dirección de las i-r de los movimientos (i-m) que se generaron originalmente durante la vivencia de dolor. El "desagüe" (8), como lo llama Freud, de las investiduras de la i-r del objeto hos-

til a través de las imágenes-movimiento mencionadas permitirá que aquéllas no se encaminen por la vía hacia las neuronas llave, punto de reproducción y amplificación del desprendimiento de displacer. Esa gradual y sistemática des-investidura de la i-r del objeto hostil ("desalojo") (7) llevará a la gradual inoperancia de la vía [i-r del objeto hostil] - ["neuronas" llave], operación que resulta defensiva para el funcionamiento del aparato. Freud la denomina *defensa primaria o represión* (7) (pág.367)(2).

En el desarrollo el aparato se instruye biológicamente en evitar el desprendimiento de displacer. Esto tiene su versión más primitiva en el comportamiento de huida del organismo frente al estímulo doloroso. El estímulo es desalojado y se verifica su sustitución por otro. Como es propio en el desarrollo del aparato mental, el proceso antes efectivamente realizado en el ambiente externo ahora es organizado dentro del aparato con una enorme ganancia en economía de cantidad.

Debemos recordar que si bien es cierto que este mecanismo represivo va deteniendo el mayor desprendimiento de displacer, de todas formas no es el más conveniente biológicamente pues resulta en una descarga de Qn hacia la motricidad, y ya sabemos que no es adaptativa la pérdida de cantidad pensando en su utilización en la ulterior acción específica. Por ello Freud describe a esta defensa represiva como un *proceso primario*.

### 3.2 Yo

Tras el cúmulo de vivencias de satisfacción y de dolor “restan” las huellas mnémicas de ellas, estados de deseo y afectos, y sus respectivos “motivos compulsivos” (pág.367), es decir, relaciones por las que compulsivamente las cantidades tienden a dirigirse. En los primeros la “atracción de deseo” que significa la relación de facilitación privilegiada o compulsiva que orienta las cantidades que provienen del “núcleo de psi” hacia la huella mnémica del objeto de deseo, al punto de sobreinvertirla generando “alucinación”. En los segundos la *defensa primaria* o *represión* recién mencionada. También he señalado que ambos mecanismos son nocivos, biológicamente, para el aparato (*procesos primarios*). Por ello es necesaria la organización de una estructura que perturbe estos decursos originarios, que compita con aquellas facilitaciones que derivan en procesos primarios. Esta organización es el yo.

El “yo” es una organización que consiste en una totalidad de investiduras psi que tiene como afán librar sus investiduras por el camino de la satisfacción, es decir, que las cantidades discurran finalmente por los caminos que conduzcan a las acciones que consigan la satisfacción. Debe pues, evitar que las cantidades se pierdan por caminos que no lleven a la satisfacción y, por ende, que impliquen vivencia de dolor y afecto, en definitiva, displacer. De esta manera, desde el comienzo Freud pone el acento en el carácter defensivo de la organización yoica. Freud nos indica que este funcionamiento defensivo lo realizará el yo a través de su intervención “inhibidora”. En último término *el yo es una red cuantitativa con un fin práctico que existe desde el origen del aparato mental*.

Los primeros componentes del yo son justamente las huellas mnémicas de los deseos y afectos originarios. Por lo tanto desde el comienzo habrá en el yo un *sector originario permanentemente investido* por los estímulos endógenos, cantidades que son las que en definitiva, predominante y periódicamente, solventarán al yo. El *sector variable* del yo está siendo formado por las nuevas vivencias, huellas por donde el yo siempre tiene la posibilidad de “dilatarse”. La organización yoica, por el fin práctico del logro de la acción específica, debe estructurarse en el desarrollo de manera de que las cantidades no se pierdan, es decir, debe limitar las vías de descarga desadaptativas. El “yo” debe “aprender” que no puede permitir que permanezca en operación el mecanismo de la “atracción de deseo” ni que se active la acción si aún no ha logrado diferenciar la percepción de la alucinación. Este aprendizaje se expresa en la generación en el yo de estructuras limitantes o

caducantes de las situaciones de desprendimiento de displacer. Se puede decir entonces que *el displacer promueve el “aprendizaje” y la “educación” de la organización yoica*.

El yo debe “acomodarse” frente a las imágenes-percepción que ingresan a mpsi para “atenderlas” y así permitir que desde ellas se inicien procesos que permitan “comprenderlas”. Esto será fundamental para encontrar, entre las percepciones, aquellas que lleguen a la identidad con el recuerdo deseado y, de esta manera, se pueda lograr la satisfacción. En estas acciones el yo despliega su función de *atención*. La atención es la *segunda regla biológica*. Las reglas biológicas son la legalidad que Freud establece para acentuar un punto fundamental en el funcionamiento del aparato: aplacar la amenaza del desprendimiento de displacer. En el caso de la atención se trata de la orientación y acción de la organización yoica sobre las percepciones y sobre los eslabones del decurso de pensar, como veremos más adelante. La investidura psi que realiza la atención funciona mecánicamente como una “ligadura”. La “inhibición” es una función yoica derivada de una ligadura. Ésta tiene su explicación mecánica en el supuesto de la investidura colateral. Freud hipotetiza. Una “neurona” “a” tiene una facilitación con “b”. Si colateralmente hay una o un grupo de “neuronas” ya investidas, éstas competirán con esa facilitación, atrayendo el decurso que originariamente iba hacia “b”, hacia ellas mismas. De esta manera inhibirán el decurso de cantidad por la facilitación hasta un cociente dependiente de la correlación de fuerzas en la competencia descrita. Si “b” es una neurona llave se entenderá la ventaja de la función de inhibición. Si cada vez que el recuerdo doloroso es investido se activa el mecanismo de inhibición por investidura colateral recién descrito, Freud afirma que se irá produciendo una progresiva caducidad (olvido) de la facilitación que había entre tal recuerdo y las llaves. Esto sucederá de tal forma en el tiempo que lo esperable es que, al final, la investidura del recuerdo doloroso derive en un desprendimiento de displacer que sea “grato” al yo y que sólo le sirva de “señal” del lugar en psi –el recuerdo doloroso investido– desde donde partió el desprendimiento de displacer.

Si “b” es un complejo “neuronal” correspondiente a un recuerdo deseado, esta función de la organización yoica consistirá en inhibir que se produzca una vasta investidura de aquél y la consecuente “alucinación”.

La organización yoica es una red en la que están contenidas y fluyendo una gran cantidad de investiduras. Es una estructura en estado ligado, de representaciones en “injerencia recíproca” (pág.416)(2). Cuando una representación es ligada, por ejemplo cuando una

percepción es atendida, puede decirse que es "englobada" por una sobre-investidura pues es integrada al yo. Por otra parte esta sobre-investidura yoica sobre la imagen-percepción y sobre los eslabones del pensar permite que estos decursos logren llegar, con mayor seguridad, a ser "comprendidos" y de allí a la identidad con la representación-meta respectiva. Pienso que este hecho podría ser graficado como lo que pasa con las corrientes marinas. Son desplazamientos que discurren, diferenciados, en el enorme contexto del mar, en el cual pueden llegar muy lejos.

### 3.3 El Pensar

Memoria, yo y pensar son tres conceptos básicos en el Proyecto. Representan estructuras y funciones que se despliegan e integran en el desarrollo del aparato mental. La historia del desarrollo del yo y del pensar va quedando impresa en la memoria. El desarrollo del yo va permitiendo el desarrollo de la memoria y que las vivencias originarias propias de los procesos psíquicos más primarios puedan quedar al servicio de los más altos intereses del aparato en base al respeto de las reglas biológicas. Y la interacción de memoria y yo va permitiendo el desarrollo y despliegue del más formidable, sutil y económico de los modos de representar la dinámica de los sucesos reales externos: el pensar.

Freud (1895) dice: "El proceso de pensar consiste en la investidura de neuronas psi con modificación de la compulsión facilitatoria mediante investidura colateral desde el yo" (pág.379)(2).

#### a) *El pensar práctico*

Es la modalidad más originaria y, en el fondo, la biológicamente fundamental. En este decurso por un polo es sobre-investida con atención la imagen, investida desde npsi, del objeto deseado (determinando un estado de expectativa), y por el otro polo es sobre-investida con atención una imagen-percepción dispar con la primera. El decurso de pensar aspira al logro cuantitativo de la identidad, es decir, de que la investidura-percepción que ha discurrido, de recuerdo en recuerdo, bajo investidura yoica, desemboque en la identidad con la investidura-deseo. La atención yoica (proceso secundario), que le daría conciencia al pensar, le permite al decurso una orientación más segura hacia la meta, pero lo hace más lento (hay que sobre-investir todos los eslabones del pensar). En el estado de expectativa se requiere de una atención yoica sobre la investidura-percepción, caso contrario, es decir, sin un yo funcionando (proceso primario), la investidura-percepción discurriría me-

ramente orientada por las facilitaciones más amplias hasta diluirse y terminar "inadvertida" en algún punto, sin alcanzar la representación-deseo esperada, "como cotidianamente no puede menos que ocurrir innumerables veces" (pág.411)(2). Desde el punto de vista biológico el logro de la identidad es el punto de término del pensar ya que, una vez lograda, puede decretarse la descarga de la acción específica.

Debido a su propósito práctico este decurso busca, en las ocasiones siguientes, llegar a la misma meta, acortando el camino original. Así evitará recorrer, nuevamente, vías largas donde pudiera encontrar dificultades, p.e. la atracción y desvío que pudieran provocarle otras representaciones-deseo, de las muchas que hay en el yo, en su paso hacia la imagen-deseo aspirada. Como en el decurso original se produjo una serie de movimientos (p.e. la acción específica generada), que fueron percibidos y quedaron como imágenes-movimiento asociadas con ese decurso, en las ocasiones siguientes el pensar práctico discurrirá directamente por las facilitaciones entre la imagen-percepción hacia las imágenes-movimiento y desde allí hacia la imagen-deseo.

#### b) *El pensar discerniente o apreciar judicativo*

El enriquecimiento de la memoria (más huellas mnémicas, más vías que recorrer) torna más complicada la reproducción de la vivencia de satisfacción. El mismo ambiente externo ofrece objetos cada vez más diversos y variados. Todo esto obliga a atender a las imágenes-percepción (i-p) y a tomar exhaustiva noticia de ellas. En proceso secundario (con organización yoica atenta) la apreciación judicativa de las i-p es el decurso de la investidura-percepción hasta que alguno de estos desplazamientos tentativos desemboque en un recuerdo donde la disparidad cese. Si hay aún disparidad entre este recuerdo y la representación-deseo buscada, el proceso recomienza. El interés de pensar se renovará, el recuerdo será atendido por el yo y continuará el desplazamiento. Este proceso de apreciar judicativo se renovará tantas veces como sea necesario hasta llegar a la identidad con huellas mnémicas de experiencias corporales, sensaciones e imágenes-movimiento propias, proceso llamado *comprensión*: el sector dispar o variable del complejo perceptivo es "...comprendido por un trabajo mnémico, es decir, puede ser reconducido a una noticia del cuerpo propio" (pág.377)(2). Este concepto muestra que para Freud *el cuerpo recordado es sustento de la comprensión del mundo perceptivo y culminación de su discernimiento*, es decir, de una condición básica en su orientación hacia la representación deseada.

Freud elabora una interesante relación entre desarrollo del lenguaje y el proceso de pensar. Plantea la idea de *asociación lingüística* como un mecanismo que permite atraer la atención yoica a los eslabones del decurso de pensar. Esta asociación consiste en el enlace de la representación por la que está pasando el decurso de pensar, con la de un sonido y, enseguida, con la de ciertos movimientos o imagen palabra a través de los cuales se puede producir la descarga. Esta descarga será percibida y restará como una representación que Freud llamará *signo de cualidad o de realidad objetiva del pensar o signo-conciencia del recuerdo* (pág.413)(2), testimonio del paso de aquel pensar. La atención yoica sobre-investirá tales signos, ligando el decurso.

El proceso de atención vuelto hacia los signos de cualidad es, pues, lo característico del pensar discerniente, condicionando un modo de éste, el pensar *observador, consciente*. La presencia de los signos de cualidad es económica para el aparato, pues en vez de que el yo atiende a extensas i-r, atiende a sus testimonios, los signos de cualidad. Éstos permiten realidad objetiva, memoria y conciencia de las imágenes-recuerdo (i-r) en el pensar, y ayudan entonces en la discriminación de las i-r con las i-p.

Además el que sean los signos lingüísticos y no las meras i-r, atendidos por el yo, evita que durante el discurrir puedan chocar los decursos con otras representaciones-meta o investiduras-afecto (todas i-r), las que si fueran de esta manera excitadas, podrían entrar en competencia con la representación-meta buscada por el pensar discerniente. Podría suscitarse un engaño al excitar aquellas representaciones-meta pues, como están sobre-investidas, se daría "...noticia falsa de percepciones..." ya que las investiduras-percepción que discurren no corresponden a los objetos que les son propios a éstas. También podría generarse un nocivo despreñamiento de displacer al despertar recuerdos dolorosos.

De acuerdo con lo anterior, podría decirse que el discurso lingüístico construido bajo atención consciente nos previene, dentro de lo posible, de caer en lo doloroso o alucinatorio mientras pensamos, obteniendo "seguridad e imparcialidad" en el pensar. Es por ello que Freud recalca: "El pensar con investidura de los signos de realidad objetiva del pensar, o de los signos de lenguaje, es entonces la forma más alta y segura del proceso del pensar discerniente" (pág.422)(2).

En tanto los caminos de pensar se van haciendo, en virtud de las rutinas externas, cada vez más estereotipados, la necesidad de tan exhaustivo discernimiento y tan imparcial observación y conciencia se torna prescindible. Los caminos tienden a abreviarse y a buscar las vías más directas. Para ello se utilizan las imágenes-

movimiento (<M>) percibidas en la acción específica realizada luego del logro de la identidad con la representación meta (pág.433)(2), como un puente directo entre la percepción y la representación-meta. Se evita la repetición de procesos de pensar arduos, se ahorra tiempo, y se establece una conexión más directa con la meta deseada. Esta noción reafirma la idea de un aparato mental económico, dinámico y práctico.

## EPÍLOGO

El "Proyecto" es un testimonio de la fructífera y apasionada reflexión especulativa de Sigmund Freud en los orígenes de la teoría psicoanalítica. El esfuerzo de entender sus investigaciones psicológico-clínicas y de ser validado se convirtió en la ambición de construir un modelo psicológico científico-natural consistente y que funcionara en forma perfecta. Estas expectativas no se cumplieron. Entonces Freud desechó y desmintió el texto. Sin embargo las ideas que movían la obra se prolongaron en las décadas siguientes sin que Freud les reconociera el origen teórico.

Freud construyó el "Proyecto" como un modelo psicológico del funcionamiento del aparato mental en base a analogías, quizás demasiado literales, con la física, la biología y la neurología de su tiempo (p.e. las proposiciones principales). En este modelo, y como en toda la teoría y quizás hasta ahora, la perspectiva económica es central. El aparato se construye y desarrolla al defenderse desde el principio del ingreso y acumulación de cantidades ("principio de inercia").

De hecho, en el "Proyecto" la misma conciencia es la cualidad que adquieren ciertos procesos mentales a raíz de las vicisitudes cuantitativas en que se encuentran involucrados. Otros procesos psíquicos funcionarían "prescindiendo" de esta cualidad por las circunstancias cuantitativas en que discurren en el aparato (procesos "inconscientes"). Es importante señalar que en el "Proyecto" la conciencia y el inconsciente no son compartimientos donde las representaciones puedan entrar o salir (modelo topográfico). No son sustantivos sino que atributos que pueden adquirir dinámicamente los procesos mentales de acuerdo a la economía del momento.

La perspectiva dinámica de la economía de los procesos pienso que remarca la noción de que la "cantidad" siempre sería "excitación fluyente"; "algo" siempre en movimiento, "corriente"; en "decurso" a diferencia de la apreciación de Strachey en su Apéndice C. En este sentido me quedo con la idea de que en el "Proyecto" "ligar" no significa paralizar cantidades o excitaciones sino que evitar, a través de los efectos cuantitativos que

traen las investiduras colaterales, que las excitaciones discurran por vías que lleven a un desprendimiento de displacer.

Con un fin didáctico y de investigación ordené el material teórico en tres grandes niveles de organización de las funciones del aparato: "FI", "FII", "FIII". Desde un nivel primario que sólo busca el "libramiento" de la cantidad que ingresa ("FI") hasta un nivel secundario de funcionamiento ("FIII") en que se han configurado las principales vivencias en la memoria y se hace posible el pensar.

También señalo en el trabajo que a mi parecer el modelo del "Proyecto" está constituido por el paradigma de la interacción de los procesos memoria-yo-pensar y no por el paradigma consciente-inconsciente (constitutivo del modelo de 1900). La "memoria" es una estructura que se origina por los cambios duraderos que se producen en el sistema nervioso (facilitaciones) a raíz de las cantidades que lo estimulan, configurando una red de huellas mnémicas que se diferencian por los distinguos que tienen entre sí las facilitaciones que las componen. Las huellas mnémicas se organizan primariamente en vivencias de satisfacción y de dolor.

Estas vivencias van configurando una red llamada "yo" para defenderse del displacer y lograr la satisfacción. La inhibición yoica de los procesos alucinatorios y de los de la defensa primaria permite un estado funcional secundario que hace posible el "pensar", es decir, el logro de la comprensión del objeto externo, su identidad, si cabe, con el objeto deseado y la realización de la acción específica. La teoría del proceso de comprensión es especialmente interesante. La comprensión de un aspecto del objeto percibido es la culminación de

un pensar discerniente. Sólo es posible a través de la identidad del decurso de investidura correspondiente a un aspecto de la imagen-percepción, con huellas mnémicas de experiencias corporales, sensaciones e imágenes-movimiento propias. Para Freud el cuerpo recordado es sustento de la comprensión del mundo perceptivo y culminación de su discernimiento.

Para finalizar, quisiera decir que investigar en el "Proyecto" ha sido para mí una tarea apasionante ya que he tenido que profundizar en uno de los orígenes de la inmensa obra creativa de Freud. Frente a las advertencias (Strachey), pienso que ciertamente no podemos dejar de reconocer sus limitaciones, pero creo que también no debemos dejar de lado sus intuiciones. A un poco más de un siglo de su nacimiento considero que aún da voces que nos ayudan a entender.

## REFERENCIAS

1. Erderlyi MH. (1987). *Psicoanálisis. La psicología cognitiva de Freud*. Ed. Labor, Madrid
2. Freud S. (1895). Proyecto de psicología. Amorrotu E.1. "Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos en vida de Freud (1886 - 1899)
3. Gear MC, Liendo EC. (1977). *Informática Psicoanalítica*. Nueva Visión, Buenos Aires
4. Gedo J, Goldberg A. (1980). *Modelos de la mente*. Amorrotu Editores, Buenos Aires
5. Kanzer M. (1973). Two prevalent misconceptions about Freud's "Project" (1985). *Annual Psychoanal* 1: 88-103
6. Solms M, Saling M. (1986). On psychoanalysis and neuroscience: Freud's attitude to the localizationist tradition. *Int J Psychoanal* 67(4): 397-416
7. Strachey J. (1966). Ordenamiento, comentarios y notas. *Obras Completas de Freud*. A.E.1. Con la colaboración de Anna Freud, asistidos por Alix Strachey, Alan Tyson y Angela Richards

## CASOS CLÍNICOS

# RASCADO CUTÁNEO IMPULSIVO: DESCRIPCIÓN DE 6 CASOS CLÍNICOS

(Rev GPU 2007; 3; 2: 213-222)

*... “Pregúntale al río por qué desde el manantial que le da vida corre al mar, y al mar va a morir...  
te dirá que lo arrastra un poder que no puede describir ... un poder que no puede resistir”.*

Nemorino, en ópera *L'elisir d'amore* (G. Donizzeti)

**Juan Carlos Martínez, Claudia González<sup>1</sup>**

**El rascado cutáneo compulsivo (impulsivo) o dermatilomanía, al igual que la tricotilomanía, es un trastorno del control del impulso, que se caracteriza por la necesidad o urgencia por tocar, rasgar, frotar, restregar, friccionar, apretar, morder o excavar la piel, a menudo en respuesta a mínimas irregularidades o defectos, o a la presencia de zonas afectadas por acné discreto. Lo anterior es realizado con uñas y/o herramientas accesorias como pinzas o agujas, siendo el daño tisular de moderado a severo, con complicaciones como infecciones que pueden llegar a la celulitis y a cicatrices definitivas y deformantes, con el consecuente deterioro psicosocial.**

**E**l rascado cutáneo, conducta normal en los mamíferos, cobra valor patológico desde el punto de vista somático o psiquiátrico al ser un acto repetitivo o persistente (1), especialmente cuando presenta de modo secundario un deterioro psicológico, social, funcional o estético. En el contexto de un trastorno o enfermedad mental, el rascado puede darse como síntoma periférico de un trastorno del ánimo, de an-

siedad, de personalidad (en sus vertientes obsesiva y límite), en el retardo mental (ejemplo, síndrome de Prader-Willi) y en el síndrome de La Tourette, entre otros. Como síntoma central, puede observarse en el trastorno obsesivo compulsivo, en la dermatitis artefacta, en el trastorno dismórfico corporal, en el delirio parasitario y en la dermatilomanía (1-4). Este último cuadro, descrito por primera vez el año 1875 por Wil-

---

<sup>1</sup> Unidad de Psiquiatría del Adolescente, Servicio de Psiquiatría – Hospital Naval Almt. Nef de Viña del Mar.  
Dr. Juan Carlos Martínez A.  
Arlegui 263 oficina 603, Viña del Mar, Chile.  
Fono: 56-32-2975651.  
Mail: jcmartinez32@yahoo.com



son bajo el nombre de *skin picking* (5), recibe actualmente en la literatura denominaciones tales como rascado cutáneo compulsivo (*skin compulsive picking*), excoriación neurótica, excoriación psicógena o acné excoriado (1, 3, 5, 6).

Como expresión, la dermatilomanía o dermatotilomanía, se caracteriza por la necesidad o urgencia por tocar, rasar, frotar, restregar, friccionar, apretar, morder o excavar la piel (5), a menudo en respuesta a mínimas irregularidades o defectos, o a la presencia de zonas afectadas por acné discreto (6). Lo anterior suele ser realizado con uñas y/o herramientas accesorias como pinzas o agujas, siendo el daño tisular de moderado a severo, pudiendo complicarse con infecciones de diversa cuantía (llegando incluso a la celulitis), con cicatrices definitivas y deformantes, y el consecuente daño estético / emocional (3, 7, 8).

Como entidad nosológica, ha sido considerada parte del espectro obsesivo compulsivo (1, 3) o como un trastorno del control del impulso, compartiendo sus características fenomenológicas, de comorbilidad y tratamiento, con otras conductas repetitivas orientadas al cuerpo como la tricotilomanía y la onicofagia (4, 7).

El propósito de este trabajo es revisar una patología que pese a haber sido descrita hace más de cien años (5), hasta la actualidad resulta poco conocida y escasamente comprendida (1), no siendo aún categorizada como trastorno psiquiátrico específico, recibiendo una mínima atención en la literatura médica (1).

Una limitante a nuestra revisión es que en la literatura los conceptos *skin picking*, rascado cutáneo compulsivo, excoriación neurótica o psicógena, acné excoriado, dermatilomanía, etc.; son utilizados como sinónimos para referirse a cualquier rascado de origen neuro-psiquiátrico.

En psiquiatría no es posible basarse exclusivamente en la conducta o en la consecuencia de un acto para clasificar una patología, y de ese modo englobar dichas conductas en una "gran hoya" sin considerar las motivaciones o la fenomenología que existe tras el rascado. Así, hay artículos en que los diagnósticos primarios son esquizofrenia, trastorno obsesivo compulsivo o dismorfofobias, sin guardar relación directa con un descontrol del impulso. Por otra parte, hay un número importante de revisiones dedicadas al rascado repetitivo, que corresponden a síntomas en el contexto del síndrome de Prader Willi, en que la conducta ha sido catalogada como perseveración sin poder establecerse con claridad si existen las vivencias que caracterizan a la trico y dermatilomanía.

## OBJETIVOS

Con el objeto de revisar esta última entidad, se efectuó una revisión bibliográfica mediante MEDLINE y MEDSCAPE de los artículos en que el rascado cutáneo repetitivo se daba como un trastorno en el control de los impulsos y no como parte de otra entidad. Consignamos la experiencia de seis pacientes que presentan una dermatilomanía, comparando las características clínicas, fenomenológicas y la respuesta al uso de anti-depresivos ISRS, con la literatura publicada.

## CASOS CLÍNICOS

Se presentan seis casos clínicos de rascado cutáneo compulsivo, que responden al uso de fluoxetina o sertralina en dosis variable. Tres de estos casos corresponden a un mismo grupo familiar, la madre y sus dos hijos, que consultaron en el policlínico de la Corporación Cultural de Educación de Colina durante el año 2002. El cuarto caso corresponde a una paciente que consulta en la Unidad de Psiquiatría del Niño y Adolescente del Hospital Félix Bulnes Cerda ese mismo año. Los casos cinco y seis son pacientes de la práctica privada de uno de los autores del presente trabajo consignados los años 2005 y 2006 respectivamente.

### CASO I

Paciente de sexo masculino de 7 años que consulta derivado desde el consultorio con el diagnóstico de una tricotilomanía. Al preguntársele al paciente la razón de su alopecia y por extracción del pelo relata no sacarse el pelo sino "*rascarse la cabeza hasta hacerse heridas*". El menor cursa segundo básico con un promedio 6,7 y es considerado por su profesora como un niño inquieto e impulsivo. En box aparenta un niño de buen nivel cognitivo, empático y ajustado. Verbaliza sus vivencias sin mayor dificultad: "*Vengo porque me saco el pelito, me molesta el pelo –siento como una picazón pero no me pica, como que tengo que rascarme, como que algo en la cabeza me molesta y me entra la desesperación y ahí me rasco, me tranquilizo y se me salen los pelos*". Por otro lado, según relata su madre, tiene la "*manía*" de chupar la ropa –y a cada rato– como pijamas, el cuello de la camiseta y las mangas. En cuanto a estas últimas conductas, no hay egodistonia ni incapacidad para librarse de ellas, más bien el paciente refiere placer frente a ello. Todas estas conductas se remontan cuatro meses previo a la consulta, sin un estresor ambiental que haya actuado como desencadenante.



**Caso I**

Al explicársele a la madre la naturaleza impulsiva del rascado, aporta los antecedentes que tanto ella como su hija presentan el mismo cuadro. De ahí se desprenden los casos clínicos II y III.

Inicia tratamiento con Fluoxetina 10 mg/día y a la semana se aumenta a 20 mg/día. A las dos semanas de iniciado el tratamiento, el rascado disminuye en un 60% (cuantificación subjetiva de la madre) y a las tres semanas se negativiza la conducta.

## CASO II

Adolescente de 18 años, traída por su madre tras conocer el diagnóstico de su hermano (caso I). La paciente refiere tener desde los 8 años la "misma manía que el resto de su familia".

*"Tengo una afición por pellizcar o picotear mi piel con uñas, pinches o agujas... puedo estar horas y aunque quiera no puedo dejar de hacerlo... me miro los brazos y me entra un deseo, una desesperación por pellizcar un grano, un punto, un lunar o cualquier cosa que se le parezca. Me gusta hacerlo, pero la consecuencia es desagradable... tener los brazos llenos de cicatrices".*

Patología psiquiátrica comórbida y Eje II ausentes. Antecedentes familiares: abuela materna con depresión bipolar, madre y hermano con rascado repetitivo de carácter impulsivo.

Se inicia tratamiento con Fluoxetina 20 mg/día. A las dos semanas manifiesta mejoría parcial "ya no estoy horas en esto", pero se niega a asistir a controles posteriores ya que no desea tomar medicamentos.



**Caso II**

## CASO III

Paciente de 46 años de edad, profesora básica, madre de los menores consignados en los casos I y II. Consulta por presentar el mismo tipo de rascado de sus hijos, y por "haber descubierto la naturaleza psiquiátrica de su conducta que atribuía hasta ese entonces como un hábito": *"Desde que tengo uso de razón me rasco el cuerpo, creo que de los 6 ó 7 años... cuando era niña mi padre me despertaba y descubría las sábanas para ver si había sangre en ellas, si era así me pegaba. Me veían en dermatología, no recuerdo en qué hospital, pero recuerdo que era muy niña y me paraban sobre una mesa en una especie de sala con hartos médicos, pero siempre me trataban con cremas sin resultado. Parece que empecé a rascarme cuando tuve una alergia, pero luego me rascaba sin que me picara hasta hacerme heridas. No sé cuánto tiempo dedico a esto... lo hago casi todo el día, y principalmente cuando trabajo, veo televisión o intento dormir. Hasta ahora no logro controlarme, me aumento frente a un estrés, pero me refugio en mi hoyito, ahí me libero y relajo, dejándome llevar por el placer de pellizcarme".*

La paciente relata una secuencia emocional: *"de una sensación irresistible y desagradable, se pasa a alivio y placer... y de alivio a culpa, arrepentimiento y rabia".*



Se observan cicatrices antiguas hipopigmentadas al modo de cráteres y lesiones recientes.

### Caso III

*“Me da vergüenza tener el cuerpo cubierto de cicatrices, es horrible, pero no puedo librarme de esto. Evito usar faldas, ir a la piscina, creo que a la gente debe darle asco o quizás piensen que tengo una enfermedad contagiosa”.*

La paciente estaba en tratamiento con 75 miligramos de sertralina por una depresión mayor, sin respuesta para el rascado.

Presenta en el eje II rasgos de personalidad insegura, ansioso-evitativa.

Se incrementa la dosis a 150 mg de sertralina y se deriva a psiquiatría adultos con el diagnóstico de trastorno del control de los impulsos. En entrevista telefónica posterior, con dosis de 200 mg/día se reporta mejoría sólo discreta.

### CASO IV

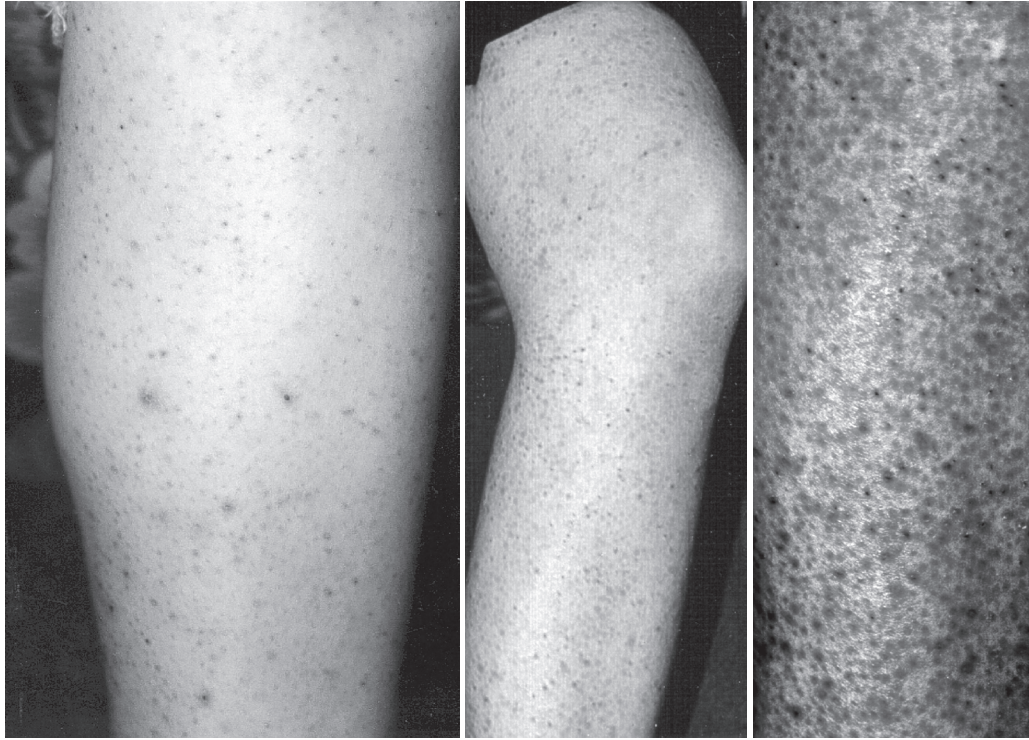
Paciente de sexo femenino de 18 años que desde hace dos años comienza a “pellizcar los granos” de su piel, situación que va aumentando progresivamente lesionándose extensas zonas del cuerpo. Inicialmente la conducta involucra brazos, luego piernas y dos semanas previo a la consulta incluye la región toraco-dorsal. Para ello, hace uso de uñas, pinzas, agujas u otros obje-

tos puntiagudos. Dedicar alrededor de dos horas diarias a la conducta señalada, abandonando por ello cualquier actividad cuando se apodera de ella el impulso, señalando la necesidad de rascar incluso los “granos” de otras personas. *“Mientras lo hago es como que pierdo el control de mis movimientos; me digo: esto no tengo que hacerlo, como que lucho por parar, pero es tan rico que no puedo detenerme y me dejo llevar como si fuera en una corredera... lo peor de todo es que después me miro los brazos, me arrepiento y me angustio...”*

Las lesiones en su cuerpo le producen molestia, evitando situaciones sociales en que tenga que exponer las zonas afectadas como ir a la piscina, playa, ponerse falda, etc. También refiere sentirse limitada en su vida afectiva, manifestando preocupación por cómo enfrentar la actividad sexual con *“el cuerpo que tiene”*.

Junto a lo anterior refiere una masturbación impulsiva que le vivencia con culpa y desagrado por el tiempo que “pierde” en ello (alrededor de dos horas diarias), destacando además otras conductas repetitivas como mover las piernas y enroscarse el pelo. Como antecedente, a la edad de 14 años presentó, durante un año, un trastorno por atracón.





Cientos de lesiones en extremidad inferior. Acercamiento por zoom de pierna. Se observan lesiones antiguas y recientes.

#### Caso IV

Se inicia tratamiento con fluoxetina 20 miligramos al día, aumentándose a 40 miligramos a las dos semanas. Al mes de tratamiento la paciente refiere una mejoría subjetiva del 50%. Posteriormente se incrementa a 60 miligramos, cediendo el rascado a las dos semanas. La masturbación disminuye notablemente, recurriendo a ella de modo esporádico, pero esta vez de forma voluntaria.

Tomografía axial computada y electroencefalograma sin hallazgos patológicos. No habrían antecedentes familiares ni médicos ni psiquiátricos.

#### CASO V

Paciente de 17 años que consulta por dificultad para conciliar el sueño, angustia e irritabilidad. Recientemente dado de alta con el diagnóstico de dermatitis alérgica sobre-infectado rebelde a tratamiento, con un esquema antibiótico de flucloxacilina 500 mgs/8 hs, loratadina 20 mg/día y corticoides oral.

El menor describe dificultad para dormir al no lograr controlar el rascado que, si bien se presenta durante el día, se exacerba durante la noche sin ca-

pacidad de control. De hecho, al esquema señalado, los médicos habían indicado inductores de sueño para facilitar la mejoría al permitir una rápida conciliación del dormir.

Al realizar el examen mental, no se evidencian estresores externos significativos ni psicopatología en el eje II. El paciente centra su queja y relato en el tema del rascado poniendo énfasis en la dificultad para abandonar dicha conducta.

Cuando se le pregunta por el prurito, sorprende el hecho que no describe dicho síntoma con claridad: *"me pica pero no es como una picazón, es una sensación como desesperada e incontrolable por rascarse... después cuando cicatrizan o se infectan me pican de verdad... Esto es una sensación distinta, diferente, trate usted de controlar el deseo de estornudar ¡imposible!... se me van las manos"*.

En tórax se evidencian incontables lesiones exoriativas de aproximadamente 0,5 cm de diámetro, grataje, cicatrices sanguinolentas y sobreinfección en algunas de ellas. Además de ambas caras del tórax (particularmente en la parte alta posterior de éste), se ven afectados brazos y piernas.

Se indica sertralina en dosis ascendente hasta 200 mg/día y clonazepan 2,0 mg/noche para facilitar la inducción del sueño. Al mes de tratamiento se logra un excelente control de la conducta.

## CASO VI

Paciente de 28 años de edad, con antecedentes de Gilles de La Tourette durante la infancia, tricotilomanía desde los 13 años (recidivante pero sin expresión sintomática al momento de la evaluación) y rasgos de personalidad obsesivo-compulsiva que no alcanzan a configurar un trastorno de la personalidad propiamente tal. Entre los antecedentes familiares destacan madre distímica, con trastorno de la personalidad dependiente y un trastorno obsesivo-compulsivo de difícil manejo farmacológico.

Al momento de consultar, el paciente destaca su preocupación por una alopecia casi total en la ceja izquierda que debe ocultar con lápices tinta de color negro.

El paciente niega extracción de pelo, señalando que su conducta actual es diferente a lo que ha presentado anteriormente, partiendo su queja actual hace 8 años: *“A los 13 años partí sacándome y comiéndome el pelo de la cabeza... a los 15 años me sacaba las cejas y las pestañas... ahora no me saco los pelos, los mutilo por el roce con mis propias manos... Tengo una extrañísima sensación de hormigueo y desesperación que siento tanto en la ceja como en el dorso del dedo pulgar, o en la región donde se une la mano con el antebrazo (refiriéndose al borde radial del antebrazo izquierdo). Eso me lleva a frotar la ceja con el dedo o el borde del brazo... también froto el borde del brazo contra la barba en crecimiento... la sensación de clavarme el pelo de la barba en la piel o de sentir la punta del pelo como algo duro y puntiagudo me lleva a aliviar esa sensación desagradable de mi piel y a sentir placer por algunos momentos”*. Continúa diciendo: *“También en el párpado superior, en la piel de éste (región periocular orbitaria del ojo derecho), surge la misma sensación indescriptible que no es ni cosquilla, ni hormigueo, ni cambio de temperatura... y que me lleva a frotar el borde del antebrazo en el ojo. Para anular esa sensación desagradable, debo ejercer cierta presión sobre la piel, si lo hago suave no se calma, con fuerza sí. Sé que todo esto puede parecer muy loco, es tan complejo de explicar... ni yo logro precisar lo que siento... lo claro es que no logro frenarlo”*.

El paciente continúa notificando su malestar y agrega: *“Doctor, apoye sobre la piel de sus ojos los dedos pulgar e índice de una mano y sepárelos como si sus dedos fuesen una pinza que se abre... con ello estirará ese*

*fragmento de piel en no más que un par de centímetros cuadrados... algo así es lo que siento y eso es lo que busco liberar con el frote constante”*.

Si bien la conducta, tal como en casos anteriores es egosintónica, la consecuencia es egodistónica. *“Me avergüenza y me limita el pintarme las cejas... temo ser descubierto y a que se burlen de mí... mi antebrazo queda rojo de tanto frotarlo contra mi barbilla, lo mismo ocurre con mi párpado”*.

Otras conductas repetitivas reportadas por el paciente son onicofagia, morder la mejilla (*morsicatio buccarum*), espasmos de los párpados, mecer el cuerpo y olfatear la piel.

Como antecedentes terapéuticos la tricotilomanía fue tratada a los 15 años con sertralina 100 mg/día con mala tolerancia y luego con fluoxetina hasta 30 mg/día con respuesta parcial. Más bien, dicha conducta desaparece de modo espontáneo al disminuir el estrés académico durante las vacaciones de invierno o verano, habiéndose presentado de modo muy esporádico hasta un año previo a la consulta. Se indica fluoxetina hasta 30 mg/día con escasa respuesta, disminuyendo discretamente la frecuencia de la conducta.

## EPIDEMIOLOGÍA

La epidemiología de la dermatilomanía no ha sido bien establecida (1, 3-5). En la consulta dermatológica su prevalencia es cercana al 2%, mientras que entre los estudiantes universitarios fluctúa entre un 2% a 4% (4, 5), desconociéndose información en la población general. En un estudio que reunió a 200 estudiantes de psicología, se encontró que el 91,7% de los alumnos reconocía haberse pellizcado la piel durante la última semana, pero el 57,9% señaló que dicha conducta era recurrente, definido como uno o más episodios diarios. Estas cifras se reducen al 4,6% si se consideraba la presencia de estrés o impedimento funcional producto del rascado, y al 2,3% si no se consideraban aquellos pacientes cuyo rascado tenía directa relación con alguna patología no psiquiátrica (5).

En otro estudio realizado con 111 alumnos de psicología, se encontró un 78,1% de rascado cutáneo. Si entre quienes rascaban su piel se consideraba como criterio un “notable daño tisular” pero sin estrés para el paciente estas cifras se reducían al 48,8% y al considerar los dos criterios a un 4,9%. Extrapolando los resultados se encontró que en el 3,8% de la población general universitaria (total de encuestados) era posible encontrar rascado con consecuencias estéticas y emocionales (1), cifras que coinciden con otros estudios de prevalencia (4, 5).

En cuanto a la edad de inicio, la dermatilomanía comienza entre los 12,4 (1) y 15 años de edad (3), con un rango de entre los 5 a 23 años (3, 6), aunque para otros autores éste fluctúa entre los 30 y 40 años (2, 9). Su curso tiende a la cronicidad, estimándose en promedio una duración de 21 años (5), y su distribución varía según sexo con una relación de 3:1 a 8:1 a favor a las mujeres (2, 6). Un estudio que incluyó población no consultante, no evidenció diferencias entre ambos sexos, sin embargo los casos graves de rascado se observaron exclusivamente en el sexo femenino (5).

## CLÍNICA

Se cree que el rascado cutáneo puede originarse inicialmente en respuesta a prurito u otras sensaciones cutáneas como ardor, hormigueo, calor, sequedad, dolor, etc., para desarrollar posteriormente los pacientes conductas compulsivo-impulsivas independientes a dichas sensaciones (6), caracterizadas por inquietud y/o tensión creciente que hace que el impulso sea difícil de controlar o resistir (5, 7).

Generalmente el impulso por el rascado es gatillado por la observación de la piel, acompañándose de una sensación de gratificación, placer y alivio durante éste, que algunos llegan a describir incluso como un estado de trance. Sin embargo, a medida que transcurre el acto, disminuyen la satisfacción o gratificación, el prurito y la sensación de tensión inicial, dando paso a dolor, arrepentimiento y culpa que se incrementan de modo progresivo en la medida que se prolonga la conducta (5, 7). Finalmente, las lesiones resultantes producen vergüenza, auto reproche y compromiso social en grado variable que puede ir desde la evitación circunstancial (playa, piscina, o no usar poleras y faldas) hasta la limitación de la vida afectiva y sexual, llegando incluso al aislamiento social (3-5).

El rascado se realiza sobre granos o espinillas (93,2%), picaduras de insectos (63,9%), costras (57,1%), zonas infectadas e inflamadas o tumefactas (34,6%), o sobre piel sana (7,7 a 18%) (4, 5).

Hay situaciones emocionales facilitadoras como estrés, tristeza, rabia, aburrimiento y ansiedad, o situaciones específicas como hablar por teléfono, estar en cama, leer, ver televisión, tomar un baño, etc. (5).

Las conductas más recurridas son apretar la piel (85%), rascar (77,4%), morder (32,3%), frotar (24,1%), tocar (15,0%), cortar o excavar (4,5%) (3), siendo los instrumentos más comúnmente utilizados uñas (80,5%), dedos (71,4%), dientes (35,3%), alfileres (16,5%), pinzas (9,0%) y tijeras (5,3%) (5).

Las zonas afectadas con mayor frecuencia difieren entre un estudio y otro, siendo las más afectadas cara, brazos, piernas, y dorso del tórax (1-3), lo anterior probablemente por ser zonas expuestas y de fácil acceso. Por afectar regiones visibles, el 70,7% trata de cubrir y disimular las áreas excoxiadas usando cosméticos (60,2%), prendas de vestir (20,3%), vendajes (17,3%), etc (5).

Típicamente las excoxiaciones son de pocos milímetros de diámetro (6) y como consecuencia del rascado se describe prurito (69,9%), dolor e irritación (50,4%), sangramiento (36,8%), infección (31,6%), marcas (21,1%), desfiguración (3,0%), cavidades o cráteres profundos (2,3%) (5), e hipo o hiperpigmentación de la zona afectada (2).

En quienes presentan un rascado diario se estima que el 24,8% ocupa menos de un minuto al día, el 43,6% entre uno y diez minutos, el 14,3% entre once y treinta minutos, el 6,8% entre treinta y noventa minutos, y el 1,5% más de noventa minutos diarios (5). En este estudio no se especifica la relación temporal existente entre minutos de rascado y daño tisular, funcional o social; aunque en teoría mientras más tiempo dedicado a la conducta mayor deterioro global del paciente. Otro estudio encontró que un 2,6% de quienes rascaban de modo recurrente su piel, lo hacían por más de 250 minutos al día (4), realizándose principalmente entre las 20 y 24 horas (6).

Otras conductas repetitivas relacionadas con el cuadro son onicofagia (65,4%), onicotilomanía (59,0%), chupar o succionarse los labios (50%), hacer sonar los "nudillos" (48,7%), enroscar el pelo (39,7%), morderse la mejilla (23,1%), espasmos de los párpados (15,4%), atracón de comidas (9,0%) y mecer el cuerpo (9,0%) (1).

## COMORBILIDAD

La comorbilidad se ha observado con trastornos de la personalidad (66,7%; 50% de los cuales son trastornos borderline), depresión mayor (47,6%), distimia (28,6%), ansiedad generalizada (19%), trastorno obsesivo compulsivo (19%), fobia social (9,5%), bulimia (9,5%) desorden de pánico (4,8%), trastornos de somatización (4,8%) (5-7), y en menor porcentaje con enfermedad bipolar, agorafobia, estrés post-traumático y fobia específica (5-7).

## TRATAMIENTO

El tratamiento para la dermatilomanía son los antidepresivos, tanto tricíclicos como inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), con buena



respuesta en relación a placebo (1,3,5). Los antidepresivos más estudiados son los ISRS particularmente fluoxetina, seguido por sertralina y fluvoxamina (1,3,5). La fluoxetina ha demostrado ser altamente efectiva con una dosis promedio de 55 miligramos al día (20 – 80 miligramos) (10) y la sertralina con dosis promedio de 95 miligramos al día, con disminución al 50% de la sintomatología al primer mes de tratamiento (11). Otros fármacos utilizados con éxito han sido paroxetina, clomipramina, olanzapina, pimozide, naltrexona, entre otros (6).

## DISCUSIÓN

En los casos presentados se aprecia la psicopatología y fenomenología descrita en la literatura para el rascado cutáneo impulsivo.

Para los dos hermanos y su madre (casos I a III), destacan la precocidad en la edad de inicio (6 a 7 años) que coincide con la edad mínima documentada en la literatura (5), atribuible quizás a una fuerte carga genética. Si bien no existe evidencia en la literatura que relacione precocidad de inicio con mayor gravedad y cronicidad de la conducta, el estar expuesto durante un tiempo prolongado a la “noxa” (rascado) podría repercutir estética o emocionalmente con fuerza mayor. De hecho, la paciente del tercer caso desarrolla una personalidad ansiosa-evitativa e insegura de sí misma. Según su relato, el rascado aparece como un “apéndice” molesto que modula el modo de ser y el funcionamiento social, restringiendo su mundo a todo aquello que no requiera exponer su cuerpo, lo que ocurre también para el resto de los casos señalados.

Tanto la cronicidad como el tipo de lesión –que adopta la forma de cráter (por excavación profunda) con hipopigmentación secundaria y cicatrices deformantes–, dan especial gravedad a este tercer caso. Contrario a lo anterior, el paciente que “frota” su piel (caso VI) logra ocultar exitosamente la zona afectada por alopecia, sin ser una limitante en su desempeño habitual.

Por otra parte, los casos I, IV y VI se relacionan con otras conductas repetitivas. El caso VI presenta conductas repetitivas reportadas en la literatura como asociadas a la dermatilomanía tales como onicofagia, morder la mejilla (*morsicatio buccarum*), olfateos, espasmos de los párpados y mecer el cuerpo (1). El caso I succiona regularmente su propia ropa, sin el carácter egodistónico del rascado, correspondiendo aparentemente a un hábito más que a una conducta patológica. La paciente del cuarto caso refiere haber presentado un trastorno por atracón previo al rascado cutáneo, y paralelamente

a este último masturbación impulsiva, además de enroscar su cabello, mover la pierna y hacer sonar nudillos en forma habitual.

El pellizcar comedones “o puntos negros” de la nariz, tan habitual en los adolescentes, puede ser un “hábito de acicalamiento o aseo” y no revestir patología. En este sentido, “hábito” sería aquella conducta repetitiva, egosintónica, que busca un propósito determinado al “servicio del paciente”, que surge – transcurre y concluye bajo el control de la voluntad, sin asociarse (en respuesta a la conducta) a ansiedad, tensión, culpa o deterioro físico, funcional y/o social. Al respecto –con tratamiento– la masturbación de nuestra cuarta paciente, de impulsiva pasa al control de la voluntad, sin culpa ni deterioro de ningún tipo.

Los casos II, III y VI muestran una evolución crónica, de 10, 40 y 8 años respectivamente. Los otros pacientes no han tendido a la cronicidad por ser su comienzo relativamente reciente. Llama la atención que pese a ser las lesiones claramente autoinducidas y al existir un importante compromiso psicosocial, no se consulte de modo espontáneo a profesionales de la salud mental, y tampoco haya sido reconocida por los dermatólogos una naturaleza directamente psiquiátrica.

Todos los pacientes describen inquietud previa, incapacidad de controlar el impulso, y “trance”, alivio o placer durante el rascado; pese a saber que su consecuencia es perjudicial.

Los casos III, IV y VI, por ser quizás los más graves, presentan un mayor compromiso autoperceptivo y social, evitando situaciones donde tengan que mostrar el cuerpo como bañarse en piscina o ir a la playa, debiendo usar sólo cierto tipo de ropa.

Como señala la literatura, no es raro el uso complementario de instrumentos como pinzas o pinches, lo que se aprecia en nuestro segundo y cuarto casos.

Por último, los casos I, II, IV y V responden favorablemente a tratamiento con ISRS, mientras que los casos III y VI prácticamente no modifican la conducta.

## COMENTARIOS

El rascado repetitivo ha recibido diversas denominaciones en la literatura: excoriación neurótica, excoriación psicógena, acné excoriado, rascado cutáneo compulsivo o compulsive skin picking y dermatilomanía (dermatilomanía).

El utilizar indistintamente cualquiera de estos términos o el adjetivo “compulsivo” a cualquier conducta que se repita, implica considerar sólo el fenómeno como hecho aislado y no la vivencia de éste. Para nosotros los dos últimos conceptos son los más adecuados

ya que orientan más hacia la fenomenología y no sólo al fenómeno “rascarse” como acto puro.

Para hacer una descripción fenomenológica es necesario poner entre paréntesis todos los prejuicios, es decir, quitar al fenómeno todo juicio previo, toda creencia pre-concebida, cualquier adhesión incondicional y el sentido de pertenencia a un trastorno específico. Esto implica “suspender” al fenómeno para su observación y análisis, evaluando cada uno de los motivos que le acompañan o aquellos que nos han llevado a él.

El fenómeno es único y exclusivamente lo que manifiesta en sí mismo, pero su análisis y el cómo es vivido por el paciente implican conocer precisamente su esencia, y de ese modo puede ayudarnos a comprender a nuestros pacientes, a precisar mejor un diagnóstico y a ofrecerles un mejor tratamiento.

El rascar, pellizcar o apretar la piel puede estar –como conducta repetitiva– en el contexto de un hábito o ritual de aseo y no constituir patología. Del mismo modo, puede ser parte de un delirio parasitario, en que el paciente tiene el convencimiento apodíptico de estar infestado; de una dermatitis artefacta, en que la persona oculta o no reconoce la naturaleza auto-inflingida de las lesiones cuyo objetivo es ganancial; de un trastorno obsesivo compulsivo, donde el rascarse va orientado a conjurar un pensamiento o idea obsesiva; o estar en el contexto de un trastorno dismórfico corporal, donde existe una excesiva preocupación y necesidad egosintónica de corregir irregularidades menores sobre la piel y mantenerla así lo más “lisa, suave y libre de imperfecciones”; siendo la excoriación secundaria a un proceso cognitivo que precede al acto, donde la voluntad modula la conducta en búsqueda de un objetivo que satisface una idea. Para el caso de la dermatilomanía no existe, como en el trastorno dismórfico corporal, una motivación o meta estética, el paciente adopta el rol de “mero espectador” frente a su conducta, dejándose llevar por un impulso con escasa intervención de la voluntad y pobre capacidad de control, asociado a egodistonia y absoluta conciencia del valor patológico que reviste el transcurso de su comportamiento.

## ¿COMPULSIÓN O IMPULSIÓN?

Se ha hablado de conductas compulsivas (juego compulsivo, compras compulsivas, masturbación compulsiva, rascado cutáneo compulsivo, etc.), sin embargo, hay quienes prefieren hablar de trastornos de la impulsión para referirse a los mismos cuadros, haciendo una diferencia fenomenológica que creemos importante considerar.

El impulso es el despliegue de una energía inespecífica, una tendencia a la acción que surge “como un brote” aparentemente de la nada (12, 13), como algo impuesto –en que el paciente reconoce paternidad propia (a diferencia del paciente esquizofrénico que postula apodípticamente intervención de terceros). Un paciente de muy buen nivel intelectual nos describía sus impulsos tricotilomaniacos como un “*autoencendido programado injusta y caóticamente*” (por su neurobiología).

Una acción impulsiva está desprovista de una finalidad biológica, por ello se ha hablado de “un instinto privado de su meta”; que encuentra primero un objeto sin objetivo (14, 15). El impulso originalmente carece de objetivo, sólo “surge”. No tiene contenido ni dirección y está precedido de un desasosiego y una tensión torturante. En el impulso adopta el paciente la actitud de mero espectador, en la cual no participa, aunque –en ocasiones– es susceptible conducirlo y dirigirlo (12, 13) pero con limitaciones. El mismo paciente del ejemplo anterior nos señala: “*uno puede resistirse o contenerse, pero finalmente nos gana*”.

Los actos compulsivos son –por su parte– comportamientos o rituales repetitivos, cuyo propósito es conjurar una obsesión (idea, duda o imagen mental), aliviando así una insoportable ansiedad o estrés. A diferencia de la impulsión, la compulsión obedece a una obsesión (14) y si bien su contención resulta torturante, la tortura surge desde lo cognitivo o ideacional y no de lo físico como en el impulso.

Una excepción son los que se han descrito como “impulsos o acciones obsesivas puras” que no derivan de pensamientos obsesivos (sino primarios), como la repetición de tocar los bordes de una mesa o de prender tantas veces una luz (aunque no haya ideación desencadenante) la diferencia está en que la compulsión siempre es egodistónica de principio a fin y reconocida como “absurdo”; en cambio la impulsión suele ser egosintónica mientras se desarrolla, pudiendo hacerse egodistónica una vez realizada, por la consecuencia estética que conlleva –como en el rascado cutáneo– al verse la lesión, o como en la tricotilomanía al verse la zona alopecica. La obsesión pura no se vive como grato, el impulso inicialmente sí.

Otra característica es que la compulsión siempre es consciente, en cambio un impulso puede realizarse tanto consciente como inconscientemente; por ejemplo, en la tricotilomanía hay ocasiones en que el paciente “sin saber cómo”, se sorprende a sí mismo con un trozo de cabello en la mano o en su boca.

Pese a ello compulsiones e impulsiones comparan el carácter de “dominar sin fundamento”, el vivirse

como algo propio pero extraño, que nace del yo, pertenece al yo, pero que escapa al control de la voluntad, pudiendo el paciente comportarse como mero espectador. Lopez-Ibor agrega: “es una dialéctica que de por sí no acaba nunca de por sí; a lo más se interrumpe o suspende para volver a empezar” (14).

Como diagnóstico, es quizás el trastorno obsesivo-compulsivo el que más produce dificultades diferenciales. El reciente concepto de “espectro obsesivo compulsivo” ha llevado a los investigadores a explorar las semejanzas entre un trastorno obsesivo compulsivo y la dermatilomanía, ubicándola en el contexto de un continuo en dicho espectro (6). En primer lugar ambas patologías son repetitivas y ritualísticas, y su realización lleva a disminuir una sensación de tensión o inquietud (1, 2), y por otra parte, ambas responden a los mismos fármacos (1, 3). Pero a diferencia del trastorno obsesivo compulsivo –y tal como se ha sugerido anteriormente–, los pacientes con dermatilomanía admiten una “sensación” incontrolable e intrusiva, donde el acto no tiene un sentido ideacional en búsqueda de prevenir o neutralizar una “desgracia o un perjuicio próximo”.

Por lo anterior, el concepto rascado cutáneo compulsivo, término más utilizado para describir la dermatilomanía (por lo repetitivo, persistente y penetrante del acto) no parece ser totalmente adecuado.

## CONCLUSIONES

La preocupación de los especialistas médicos tanto dermatólogos como psiquiatras por la dermatilomanía es escasa. Esto se refleja en la reducida literatura existente al respecto, y en el no reconocimiento como entidad nosológica en las clasificaciones de enfermedades mentales actuales.

Creemos que los términos “dermatilomanía” y “rascado cutáneo impulsivo” (en la literatura: compulsive skin picking) delimitan mejor la fenomenología y psicopatología de este trastorno que sus sinónimos “excoriación neurótica” o “acné excoriado”, que podrían

confundirse con cualquier patología, sea médica o psiquiátrica, que curse con un rascado repetitivo.

En el presente trabajo hemos querido correlacionar la clínica, la fenomenología y la terapéutica de 6 de nuestros casos con lo reportado en la literatura extranjera, con el objeto de mostrar una patología interesante, crónica, dolorosa y poco conocida.

## REFERENCIAS

1. Keuthen N, Deckersbach T, Wilhelm S, Hale E, Fraim C, Baer L *et al*. Repetitive Skin – Picking in a Student Population and Comparison with a Sample of Self – Injurious Skin – Pickers. *Psychosomatics* 2000; 41: 210-215
2. Calikusu C, Yücel B, Polat A, Baykal C. The relation of psychogenic excoriation with psychiatric disorders: A comparative study. *Compr Psychiatry* 2003; 44: 256-261
3. Bloch M, Elliot M, Thompson H, Koran L. Fluoxetine in Pathologic Skin Picking. *Psychosomatics* 2001; 42: 314-319
4. Keuthen N, Deckersbach T, Wilhelm S, Engelhard I, Forker A, O’Sullivan R *et al*. The Skin Picking Impact Scale (SPIS). *Psychosomatics* 2001; 42: 397-403
5. Bohne A, Wilhelm S, Keuthen N, Baer L, Jenike M. Skin Picking in German Student. *Behav Modif* 2002; 26: 320-339
6. Arnold L, Auchenbach M, McElroy S. Psychogenic excoriation, clinical features, proposed diagnostic criteria, epidemiology and approaches to treatment. *CNS Drugs* 2001; 15: 351-359
7. Lochner Ch, Daphne S, Niehaus D, Stein D. Trichotillomania and Skin – Picking: A Phenomenological Comparison. *Depress and Anxiety* 2002; 15: 83-86
8. Stout F. Fluoxetine for the treatment of compulsive facial picking. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 370 (letter)
9. McElroy SL, Hudson JL, Pope HG, Keck PE, Aizley HG. The DSM III R impulsive control not elsewhere classified; clinical characteristics and relationship to other psychiatric disorders. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 318-327
10. Simeon D, Stein DJ, Gross S *et al*. A double – blind trial of fluoxetine in pathologic skin picking. *J Clin Psychiatry* 1997; 58: 341-347
11. Kalivas J, Kalivas L, Gilman D, *et al*. Sertraline in the treatment of neurotic excoriations and related disorders. *Arch. Dermatol* 1996; 132: 589-590
12. Carmelo Monedero. *Psicopatología general*. Biblioteca nueva, Madrid, 1978
13. Bash KW. *Psicopatología general*. Morata, Madrid, 1965
14. López JJ. *Las neurosis como enfermedades del ánimo*. Gredos S.A., Madrid, 1996

## 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](mailto: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](mailto:cyc@consultoriaycapacitacion.cl)