



UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE MEDICINA

Revisiones · Investigación · Teoría

GACETA DE  
**PSIQUIATRÍA**  
**UNIVERSITARIA**

TEMAS Y CONTROVERSIAS

AÑO 3, VOLUMEN 3, Nº 3 SEPTIEMBRE DE 2007

[www.gacetadepsiquiatriauniversitaria.cl](http://www.gacetadepsiquiatriauniversitaria.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 Florenzano, 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.gacetadepsiquiatriauniversitaria.cl](http://www.gacetadepsiquiatriauniversitaria.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)

## NUEVOS MIEMBROS DEL CUERPO EDITORIAL

---

Gaceta de Psiquiatría Universitaria da una calurosa bienvenida a dos psiquiatras infanto-juvenil que se integran al Cuerpo Editorial

### ¡BIENVENIDOS!



#### **CLAUDIA ALMONTE KONCILJA**

Estudió medicina en la Universidad de Chile, División de Ciencias Médicas Occidente, entre 1984 y 1990. Premio mejor interna Sede Occidente y mejor egresado(a) promoción 1990. Beca "Excelencia Académica" Universidad de Chile en Psiquiatría de la infancia y Adolescencia, Sede Norte, Hospital Roberto del Río, 1991-1994. Cargo Docente Asistencial en Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil en la Clínica Psiquiátrica Universitaria, Universidad de Chile, 1996-1998. Ejercicio privado de la profesión desde 1998 a la fecha.



#### **JUAN CARLOS MARTÍNEZ AGUAYO**

- Médico Psiquiatra de Niños y Adolescentes.
- Jefe Unidad Adolescencia Hospital Naval Almirante Nef, Viña del Mar.
- Miembro SOPNIA.
- Fellow of Internacional Society of Affective Disorders (ISAD).
- Membership of International Society of Bipolar Disorders (ISBD).
- Co-coordinador de la Sección Psiquiátrica Infanto-Juvenil de APAL.



**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, psicopatología 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.



**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 Infante-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 Antidepressivos 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

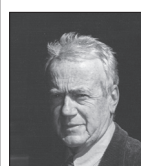
Integrante del Comité Académico del Magister de Salud Pública, Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina

*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 da 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 biológica 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.

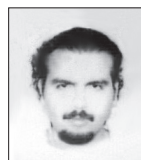


**GRACIELA ROJAS**

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

---

## 232 EDITORIAL

- 232 LA PRESENCIA DE LO AUSENTE  
*César Ojeda*

## 236 NUEVOS PSIQUIATRAS

## 237 BREVES

## 237 RESONANCIAS NUCLEARES

## 240 ACADÉMICAS

## 243 COMENTARIO DE LIBROS

- 243 THE NEUROSCIENCE OF HUMAN RELATIONSHIPS:  
ATTACHMENT AND THE DEVELOPING SOCIAL BRAIN  
Autor: Louis Cozolino  
W.W. Norton & Company, New York, 2006  
*Comentarista: Alberto Botto*

- 246 LA DEPRESIÓN: ¿AFLICCIÓN O TRASTORNO MENTAL?  
**The Loss of Sadness**  
Autores: Allan V. Horwitz y Jerome C. Wakefield  
Oxford University Press, New York, 2007  
*Comentarista: Félix Cova*

- 249 ENTRE VIDAS  
**Las experiencias del túnel y el bardo**  
Autor: Sergio Peña y Lillo  
Ed. Grijalbo, Santiago, 2007, 174 pp.  
*Comentarista: César Ojeda*

- 252 DEPRESIÓN: ¿ENFERMEDAD O CRISIS? UNA PERSPECTIVA  
PSICOANALÍTICA  
Autor: Benzión Winograd  
Editorial Paidós, Buenos Aires, 2005, 312 pp.  
*Comentarista: Juan Pablo Jiménez*

## 256 CATÁLOGO DE LIBROS COMENTADOS EN GPU

## 258 ENTREVISTA DE GACETA DE PSIQUIATRÍA UNIVERSITARIA

- 258 MARIANE KRAUSE: LA PSICOTERAPIA AL MICROSCOPIO

## 266 TEORÍA

- 266 REFLEXIONES SOBRE LA NATURALEZA DEL SER HUMANO Y LOS  
DISTINTOS DISCURSOS SOBRE SU ENFERMAR PSÍQUICO: EL  
APORTE DE LA MIRADA SISTÉMICA  
*Sergio Bernales*

- 276 TERAPIA ANALÍTICA DE LA DÍADA MADRE-HIJO Y CAMBIO PSÍQUICO  
*Irene Dukes*

- 291 EL FENÓMENO DEPRESIVO DESDE LA TEORÍA PSÍQUICA  
*José Francisco Alcalde*

- 300 DOS PATRONES RELACIONALES DE LA REGULACIÓN AFECTIVA  
EN LA INTERACCIÓN TEMPRANA Y EN LA INTERACCIÓN  
PSICOTERAPÉUTICA  
*André Sassenfeld*

## 310 REVISIÓN

- 310 ASPECTOS GENERALES DE LA NEUROBIOLOGÍA DE LA  
PSICOTERAPIA  
*Pedro Retamal, Carolina Ibáñez G., Felipe Mosella, Catalina Castro*
- 321 APEGO, RESILIENCIA Y VULNERABILIDAD A ENFERMAR:  
INTERACCIONES GENOTIPO-AMBIENTE  
*María Eugenia Moneta*

## 327 PRÁCTICA

- 327 PRÁCTICA PSICOTERAPÉUTICA: EL DESAFÍO DE LA CO-TERAPIA  
*Adriana Pedrals, Matías Fernández, Germán Morales, Gino Ravera,  
Constanza Recart, Lilian Tuane*

## 331 INVESTIGACIÓN

- 331 LOS PACIENTES SUICIDAS Y PARA-SUICIDAS PUEDEN SER  
ADECUADAMENTE DIAGNOSTICADOS Y TRATADOS EN UNA RED  
PÚBLICA DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL  
*Ramón Florenzano, Juan Francisco Labra, Roberto Fasani, Katherine  
San Juan, Josefina Reynal, Yamil Quevedo*
- 340 TREINTA AÑOS DE CONSULTA PSIQUIÁTRICA:  
ANÁLISIS DEL REGISTRO DE CASOS  
*Patricio Olivos*
- 353 ALOPECÍA AREATA Y PERSONALIDAD  
*Edwin Krogh, Viviana Matus, Alfonso León, Ety Rapaport, Iván Armijo*

## LA PRESENCIA DE LO AUSENTE EL PASADO, EL FUTURO Y LA CONCIENCIA

En el N° 4 de diciembre de 2006 de GPU comentamos el notable libro de J. Hawkins "On Intelligence"<sup>1</sup>. Greg Miller, un tiempo después, realiza una reflexión acerca de él en la revista *Science*<sup>2</sup>. Sostiene allí que la idea de generar inteligencia artificial –para crear artilugios de uso práctico y venta masiva– puede ser tan sólo un sueño ambicioso de quien creó, entre otras cosas, las conocidas Palm. Sin embargo, y con independencia del buen éxito de esa ambición, un cambio importante parece haber ocurrido en el campo de la investigación neurobiológica. En las últimas décadas la tendencia era enfocarse hacia pequeños encuadres, con el riesgo de perder de vista los fenómenos psíquicos que, en definitiva, son los puntos cardinales de lo que se está tratando de explicar. Para crear inteligencia es necesario tener una descripción general –pero precisa– de lo que designamos con esa palabra. Sin descripciones y teorías generales se corre el riesgo de realizar mediciones sin contexto. Las investigaciones neurobiológicas de abajo-arriba (*bottom-up*) pueden con alguna facilidad extraviarse al carecer de puntos cardinales adecuados. Por lo mismo, los intercambios preliminares entre neurobiólogos y psicoanalistas, a partir de la memoria procedural o implícita, tal vez debieran ampliarse a la fenomenología y con ello a la memoria explícita. El único caso público de esto último parece ser Francisco Varela, quien comprendió tempranamente que la conciencia *también* es parte, y fundamental, del tema psicológico<sup>3, 4</sup>.

Inicialmente mencionamos a Hawkins porque nos conmovió una simple y sabia observación: la inteligencia, sostiene, consiste básicamente en la capacidad de

realizar predicciones. Pero estas predicciones no son sólo teóricas sino que radicalmente encarnadas y ocurren hasta en el más simple de nuestros comportamientos cotidianos. Al girar la llave en la cerradura espero que la puerta se abra y que dé paso al vestíbulo, al piso sólido y a cierta altura que ha de soportar mi peso, y de allí a mi dormitorio al fondo del pasillo a la derecha. Estas predicciones están relacionadas con la estructura jerarquizada de las seis capas de la corteza cerebral, con la enorme cantidad de conexiones recurrentes entre ellas, y con el carácter temporal del funcionamiento de nuestro SNC, es decir, con el operar mediante secuencias o *patterns*. Si nos acercamos al más cotidiano de nuestros actos motores comprobamos que siempre está dirigido hacia algún objeto o situación, como caminar hacia mi oficina, alcanzar el maletín, coger un trozo de pan o conducir un automóvil. Con esto estamos señalando que los actos se llevan a cabo mediante una dirección hacia "algo"; algo que, a pesar de estar en cierto sentido constituido por esos mismos actos, si sitúa, por así decirlo, del "lado" del "mundo". Al parecer, los seres humanos jamás hacemos algo así como "mover una mano". No nos movemos como lo hace una piedra al rodar por la ladera de un cerro: nos comportamos. Por ello, si los movimientos carecen de esa dirección hacia "algo" u ocurren sin estar dirigidos hacia "algo", se convierten en signos de patología. Así ocurre en las disquinesias, que a veces complican el uso de muchos neurolépticos, en los movimientos coreo-atetósicos de la enfermedad de Huntington, en los movimientos tónico clónicos de una crisis convulsiva, en el temblor de la enfermedad de Parkinson o en los automatismos oro-faciales del coma insulínico, por citar tan sólo algunos ejemplos<sup>5</sup>. De manera diferente a los meros movimientos, los actos están siempre creando significación en el entorno. Esta

<sup>1</sup> Hawkins J. *On intelligence*. Owl Books, New York, 2005

<sup>2</sup> Miller G. (2006), *Science* 314: 76-77.

<sup>3</sup> Varela F, Shear J. (2005) "Metodologías en primera persona: Qué, Por qué, Cómo", *Rev GU*, 1, 2: 148-160.

<sup>4</sup> Depraz N, Varela F, Vermersch P. *On Becoming Aware*. John Benjamins Publishing Co. Philadelphia, 2003.

<sup>5</sup> Las estereotipias de personas que padecen esquizofrenia ocupan un interesante lugar intermedio entre acto y movimiento.

dirección de los actos hacia el mundo no es una alternativa psicológica entre otras sino tal vez el centro y la propiedad esencial del psiquismo. Sin embargo, esto no ocurre sólo en los actos motores sino también en aquellos puramente “mentales”: pensar es pensar acerca de “algo”, recordar es recordar “algo”, soñar es soñar “algo” y fantasear es fantasear acerca de “algo”. Esta condición general de los fenómenos psíquicos se denomina hace más de un siglo “intencionalidad”<sup>6</sup>.

Si aplicamos un análisis reflexivo –como el que movió toda la obra de Husserl– al acto de mi mano girando la llave en la cerradura, comprobamos que no es nada más que un momento fugaz que se articula con otros actos cuyos “objetos” (“alcos”) no están en carne y hueso frente a mí. La conciencia fluye sin parar entre actos perceptivos, imaginarios, rememorantes y anticipatorios, los que junto a la intencionalidad motriz forman una cadena sintáctica. La percepción actual de mi acto motor incluye mi mano, la llave, la cerradura, el lado externo de la puerta, etcétera, al modo de un permanente recorrido visual. Pero dicha percepción no incluye la apertura de la puerta ni el vestíbulo al que accede, y tampoco mi dormitorio al final del pasillo a la derecha. Estos últimos elementos no están en mi percepción, es cierto. Sin embargo están, y son esenciales, puesto que gobiernan mi accionar y su sentido.

Sin embargo, ¿cómo puede lo que no es o que no está, justamente, ser o estar de alguna manera? Sólo mediante algo que tome el lugar de lo ausente, que me haga frente *en vez* de ello: tengo el vestíbulo, pero no lo tengo en “carne y huesos”. A ese algo que me hace frente sin estar presente perceptualmente constituido lo hemos denominado “imago”<sup>7</sup>. Entonces, de modo general, podemos decir que la “presencia” de algo puede tomar diferentes formas psicológicas, aunque se trate del mismo “algo”. Puedo imaginar a mi hija, pero también puedo recordarla o verla. Si bien se trata de la misma persona, el modo de alcanzarla por mi conciencia es diferente. Así también, mi mano con la llave en la cerradura está presente de manera distinta a como lo está la apertura de la puerta y el vestíbulo que no veo, pero que veré en un momento si mi predicción automática e irreflexiva se cumple. La primera (mi mano y la llave) está como “presencia encarnada”, la última (la apertura de la puerta y el vestíbulo), en cambio, como presencia fantasmática o imaginaria.

Esto significa que no toda presencia es perceptual, es decir, tangible, visible, oíble, etcétera. Las cosas pueden estar presentes como definidas ausencias. Justamente son estas ausencias las que enmarcan todos los actos motores y mediante las cuales se van engarzando con lo anticipado y lo recordado generando la sintaxis que permite que, en definitiva, nos comportemos orientadamente. ¿Cómo podría yo levantarme de la silla del escritorio y dirigirme a la cocina para preparar café si no tuviera ya de algún modo la cocina, la cafetera, el café y todos los útiles pertinentes *antes* de tenerlos en mi percepción<sup>8</sup>? Los predigo, porque, en la mayoría de los casos, al mismo tiempo, los recuerdo. Se hace evidente entonces que el recuerdo no es sólo una antigualla alojada en el cerebro, un pasado que nos acompaña como una pasiva mochila a la espalda, sino que también dice algo del futuro. ¿No es ése, mi pasado, el que sostiene la identidad con la cual proyecto mi existencia? Sin embargo, el pasado tampoco está en alguna parte de mi campo perceptual y, a diferencia de la pre-dicción, que me permite hacer presente una puerta abierta que aún no se abre, es una post-dicción, es decir, la presencia tácita o explícita de lo que ya no es, pero que fue.

Es evidente que este breve boceto fenomenológico llama a gritos a la memoria. La conexión entre la memoria y la predicción imaginaria ha sido objeto de contundentes reflexiones filosóficas acerca de la temporalidad bajo la pluma de Sartre, Husserl y Heidegger, entre otros<sup>9</sup>. Recordemos, aunque sea tan sólo en una frase, que para Heidegger la condición habitual en la que nos encontramos en el mundo como seres humanos queda expresada en una sentencia en apariencia enigmática: “anticiparse a sí mismo estando ya en medio de los entes intra-mundanos [las cosas que nos hacen frente en el mundo]”<sup>10</sup>. Esto quiere decir que somos futuro (anticiparse), pasado (estando ya), y presente (en medio de los entes del mundo). Sin embargo, para la neurobiología tal conexión de la temporalidad vivida ha sido una sorpresa, si hemos de guiarnos por la expresión con que la revista *Science* titula, en la sección *News*, a este fenómeno: *A Surprising Connection Between*

<sup>8</sup> Para una ampliación ver: Ojeda C. *La presencia de lo ausente*. Cuatro Vientos, Santiago, 1997

<sup>9</sup> Podemos aquí señalar como ejemplo la obra de Edmund Husserl, *Lecciones de fenomenología de la conciencia interna del tiempo*. Editorial Trotta, Madrid, 2002.

<sup>10</sup> A esto Heidegger lo denomina con la palabra alemana *Sorge*, de difícil traducción al castellano, pero para la que se usan expresiones como “cuidado” o “cura” que, a mi juicio, no dan cuenta a cabalidad de lo que está proponiendo el filósofo.

<sup>6</sup> Husserl E. *Invitación a la fenomenología*. Paidós, Buenos Aires, 1998

<sup>7</sup> Del latín: imagen, figura, representación o reproducción de una cosa.

*Memory and Imagination*<sup>11</sup>. Hasta hace poco se pensaba que las deficiencias de la memoria impedían que las personas recordaran, es decir, que trajeran a presencia su pasado. Sabemos, por ejemplo, que el hipocampo es fundamental para la memoria espacial<sup>12</sup>. Clínicamente, la desorientación espacial en sitios conocidos ha sido señalada clásicamente como uno de los primeros síntomas de las demencias tipo Alzheimer<sup>13</sup>. Sin embargo, ¿se extravía la persona en su pasado, en su predicción o en su presente? El paciente con desorientación espacial (presente) no puede predecir o se equivoca al hacerlo (futuro) porque no puede recordar (pasado). Su problema, por lo tanto, tiene que ver con los tres “éxtasis” de la temporalidad, por usar una expresión de Heidegger.

Como señalamos, la investigación neurobiológica más reciente ha descubierto una conexión, para muchos impensada, entre memoria e imaginación. Personas con deterioro del hipocampo no sólo tienen dificultades para recordar sino también para prever los escenarios corrientes que razonablemente encontrarán en su futuro inmediato. La sorpresa que provoca en los investigadores que el mismo sistema permita tanto el recuerdo como la anticipación es una confesión de la forma en que las operaciones psicológicas suelen habitar la

mente de los investigadores en el campo de la neurobiología. Eleanor Maguire *et al.* del University College of London, examinando un grupo de pacientes con severas deficiencias en la memoria por lesiones en el hipocampo, les solicitó que imaginaran situaciones como viajar a la costa, encontrarse con un amigo o ir al supermercado. Las descripciones de los pacientes fueron pobres y fragmentadas, sin constituir “escenas” como las que habitualmente generan las personas sanas. Sostiene entonces Maguire que, para tener vívidas construcciones del pasado, del futuro y de escenarios imaginarios posibles, la integridad del hipocampo es fundamental<sup>14</sup>. En el mismo tema, la neurocientista Donna Addis y el psicólogo Daniel Schacter, de la Universidad de Harvard, realizaron un monitoreo en voluntarios sanos mientras se les solicitaba ejecutar actos de memoria y de imaginación de eventos futuros. En ambos casos, mediante los estudios de imágenes funcionales, se comprobó que se activaban las mismas redes neuronales, incluyendo el hipocampo<sup>15</sup>. Pareciera que la temporalidad vivida es una y, por lo tanto, no podría alterarse el presente sin hacerlo el pasado y el futuro al unísono.

CÉSAR OJEDA

<sup>11</sup> Miller G. *A Surprising Connection Between Memory and Imagination* (2007). *Science*, 315, p. 312, 19 January,

<sup>12</sup> Fenton A, *et al.* (2007) Where Am I? *Science* 315: 947-49

<sup>13</sup> Copeland JRM, Davidson CD, *et al.* Depression versus Dementia: Further Evidence from the Liverpool Outcome Studies. En: *Diagnosis and Treatment of Dementia*. Springer-Verlag, Berlin, 1989.

<sup>14</sup> Demis H, Dharshan K, Serallyne DV, Maguire EA. Patients with hippocampal amnesia cannot imagine new experiences. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. Published online before print January 17, 2007, 10.1073/pnas.0610561104

<sup>15</sup> Addis DR, Alana WT, Schacter DL. Remembering the past and imagining the future: common and distinct neural substrates during event construction and elaboration. *Neuropsychologia*, 45 (7), p.1363-1377, Apr 2007

## 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

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

---

**¡BIENVENIDOS!**

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

## BREVES

Francisco Bustamante<sup>1</sup>

### CALENTAMIENTO GLOBAL Y SUICIDIO

Debo reconocer que era algo que me esperaba: el calentamiento global (lo más *in* del momento) también ha afectado la salud mental del planeta. Podría ser un nuevo tópico a incluir en las presentaciones de Al Gore o en el nuevo rol diplomático de Ricardo Lagos.

Un grupo de italianos encontró una asociación entre un aumento en el promedio de muertes por suicidio en hombres, en los meses en que la temperatura aumentó por sobre el promedio durante un plazo de evaluación de 30 años. En mujeres no se observó esta asociación, por el contrario, tendría un rol protector.

Tal vez se podría realizar un documental sobre el tema.

1. Preti A, Lentini G, Maurini M. Global warming possibly linked to an enhanced risk of suicide: Data from Italy, 1974–2003. *Journal of Affective Disorders* 2007; 102: 19-25

### URBANISMO Y SALUD MENTAL<sup>2</sup>

Continuando con la edición especial de esta columna sobre medio ambiente, me gustaría comentar un artículo del dr. Ricardo Araya y su equipo, recientemente publicado en el *British Journal of Psychiatry*. ¿Afectan el urbanismo, las construcciones, los edificios, a nuestra salud mental? Con eternas discusiones si es mejor construir una carretera por arriba o por abajo, cambiar el plan regulador de una comuna, etc., vale la pena saber si tiene algún impacto en la calidad de vida, especialmente sobre la salud mental.

El equipo estudió a 3.870 adultos de distintas comunas de Santiago mediante el

uso del CIS-R (una entrevista estructurada para evaluar psicopatología) y el REAT (Residential Environment Assessment Tool). Si bien la metodología es compleja, y la evaluación a las personas y al ambiente urbano fueron realizados en periodos distintos, no lograron demostrar una fuerte asociación entre las variables estudiadas: sólo alguna evidencia entre depresión y áreas verdes, y trastornos ansiosos con sitios eriazos.

Si vive en Santiago y se va a cambiar de casa, léalo.

1. Araya R, Montgomery A, Rojas G, Fritsch F, Solís J, Signorelli A *et al.* *British Journal of Psychiatry* 2007; 190: 394-401.

### ¿LÍMÍTROFE O BIPOLAR? ESE ES EL DILEMA<sup>3</sup>

He escuchado a muchos psiquiatras decir que su práctica se está reduciendo, cada vez más, a des-diagnosticar pacientes bipolares (TAB) para diagnosticarlos como límites (TDPL), y a otro grupo de psiquiatras, en realizar el proceso contrario. Todo parecía estar claro hasta la introducción del “espectro bipolar” por Hagop Akiskal, que sembró un clima de confusión diagnóstica y, a la vez, redujo la rica fenomenología de la manía-depresiva a un par de síntomas inespecíficos. Por eso se agradece la presente revisión publicada por Paris, Gunderson y Weinberg en el *Comprehensive Psychiatry*.

Según ellos, la distinción se puede abordar mediante la prueba de cuatro hipótesis:

- El TDPL es una forma atípica del TAB
- El TAB es una forma atípica del TDPL
- TAB y TDPL son entidades independientes
- TAB y TDPL tienen etiologías que se sobreponen

Con respecto a las primeras dos hipótesis, todas las investigaciones arrojan comorbilidades bastante bajas, siendo la ocurrencia del TDPL en el TAB no más allá que

cualquier otro trastorno de personalidad. Por otro lado, ambos trastornos muestran una respuesta distinta frente a los mismos fármacos, y en el curso temporal, un número de pacientes TAB desarrolla un TDPL y viceversa.

Todavía existe escasa evidencia de una etiología biológica tanto para el TAB como para el TDPL, por lo cual los autores se inclinan a apoyar la tercera hipótesis: El TAB y el TDPL son entidades independientes, lo cual afecta el tratamiento y el pronóstico.

1. Paris J, Gunderson J, Weinberg I. The interface between borderline personality disorder and bipolar spectrum disorders. *Comprehensive Psychiatry* 2007; 48: 145-154.

## RESONANCIAS NUCLEARES

### LA VIDA COTIDIANA DE FLUYAMA

por Pu-Edser

Flu se levanta a las cinco treinta todos los días del año excepto los veintinueve de febrero, cuando toca que cumple años. Su día comienza con una meditación dinámica; sigue con elongaciones lentas y profundas, para terminar con flexiones seriadas de distal a cefálica. El orden es belleza y virtud, piensa platónicamente. Luego, ingiere un vaso de agua mineral traída del Elqui e inicia la serie de abdominales diarios. Flu cree que si logra que su abdomen se asemeje al caparazón de una tortuga, los años no intentarán fugarse por ahí y la salud lo acompañará por más tiempo.

A las seis y quince de la mañana un piquero lo sumerge en la piscina de su edificio y durante veinte minutos se desplaza jugando a que no existe la ley de gravedad. Toalla a la cintura sube, sin descansar, la escala de los quince pisos que lo llevan a su apartamento. Mientras asciende repite, como mantra, un haiku semanal. El de esta mañana dice así: “El escarabajo arranca bajo la lluvia gris”. Su desayuno es tam-

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

<sup>2</sup> Agradezco a la Dra. Marisol Hernández la sugerencia de este artículo.

<sup>3</sup> Agradezco al Dr. William Jadresin la sugerencia de este artículo

bién ordenado: diez y siete granos de uva rosada (uno por cada sílaba del haiku), dos cerebritos de nueces; un tazón de cítricos. Aurora, su nana, lo sirve apenas termina la ducha y la barba. El cuerpo está listo para entrar en la escena diaria: Dr. Fluyama camina, el cemento, el smog, la bulla sigue (su vida es ya un haiku).

Luego, le siguen a su rutina dos horas de lectura. Flu sabe que al cognos hay que alimentarlo y cuidarlo de intoxicaciones, por eso no ve noticiarios, ni teleseries, ni partidos de fútbol, ni menos farándula, o sea, no ve televisión. Sólo a veces algo de etología, en canales dedicados a animales, aunque ya prefiere comprar los documentales para saltarse los comerciales.

Flu se entera de la información que circula a través de la corriente de conciencia nacional que se expresa en los relatos de sus pacientes. Escucha, al menos, treinta horas semanales de acontecimientos: familias, parejas, colegios, empresas, embajadas, ministerios, bancos, revistas, bufetes de abogados, hospitales. ... Ocupa una privilegiada posición, el lugar de quien escucha, territorio reservado por siglos a grupos de poder. Antiguamente las madres, luego los clérigos, a veces las esposas. En este lugar/espacio es donde se cruzan: la culpa con el acto; el deseo con la represión; el fracaso con la negación; la pena con la pérdida. Cruce esencial, sensible, gatillo de tanto acto ... el verdadero punto G.

Flu se ha vuelto un fanático de los clásicos. Retorna, cada vez más, hacia los orígenes; como queriendo encontrar allí las preguntas que valen la pena una búsqueda. Hay demasiadas respuestas dando vueltas y pocas preguntas para pensar –reflexiona–, nada parece haber salido más allá de la tripleta inicial SAP (Sócrates-Platón-Aristóteles) ¿El código cultural se homologa al genético? Si es así, faltaría una base ... tal vez sea el eslabón perdido ... hay un cuarto filósofo/fundador perdido !! ... A veces piensa estas cosas mientras las manos se le deslizan por el piano. Le gusta producir armonía, orden y ritmo en versiones Schopin, Mozart, Bach. Su hora diaria de sistema métrico es el mejor training para organizar los afluentes mentales.

Un día, comentando algunos de estos asuntos con su librero amigo, se dio cuenta que lo suyo iba por la crítica al sistema. Un estilo más refinado de Pink Floyd con The

Wall. El librero, conocedor de los deseos de sus clientes, le envió al día siguiente, para ser pagados o devueltos, tres libros con la recomendación de leerlos en el orden dado y la siguiente nota: "Dr. Fluyama, conociendo su inquietud y considerando que desea llegar a cavar profundo en sus razonamientos y disquisiciones, le aconsejo asesorarse por un maestro". Flu abrió expectante el paquete, reviviendo la sensación de las navidades. Dentro venían: "Crítica de la Razón Pura", "Crítica del Juicio", "Crítica de la Razón Práctica". Flu hizo una pausa en sus meditaciones diurnas y entró al mundo kantiano. ¿Y si las cosas fueran lo que alcanzo a saber de ellas? ¿Por qué vamos a creer que las cosas son cosas en sí mismas, si resulta que para que existan tengo que percibir las y por tanto seleccionar algo de ellas y luego organizarlo para comunicarlo?

Immanuel, se dijo, está más avanzado que el propio Osho al que tanto apabullaron por creer en el amor libre! La deconstrucción y el relativismo ya están en estas críticas, haciendo que nada parezca cierto, activando la paranoia global y de paso dejándonos arrojados (qué palabra!!) a la incertidumbre. Pero si cuando Dios era la razón todo era más fácil ¿o no lo era? Menos mal que, por lo menos en su especialidad, existe el DSM-IV. En la peor de las difuminaciones conceptuales, se consuela, al menos hay un manual para apuros o urgencias diagnósticas que salva del bochorno en el que la incertidumbre nos puede sepultar.

Para Flu la batahola de la existencia se había activado y seguiría aún por mucho tiempo, a pesar de sus haiku, revolviéndole el gallinero intelectual y emocional. Por esta razón decidió buscar sus propias muletas existenciales y considerando la cercanía de la sexta década resolvió afirmarse en la salud. Los ritos corporales lo conectarían con la certeza fisiológica, el cuerpo es lo más cierto que tengo, después de mi horario de trabajo, discurrió. Flu se mide entonces, cada seis meses el colesterol; la presión arterial; los antígenos prostáticos; el clearance de creatinina y la función tiroidea. Como sus números están sanos, él está sano.

Nunca pensó que, un día, los números influyeran tanto. Al fin su cultura había ganado la partida: en los números estaba la certeza y en la certeza la tranquilidad. Nada más subjetivo que un número, pensó en su

ducha diaria, el mejor lugar de asociación libre que se ha inventado. Un número puede hacerme feliz, triste, confundirme, disgustarme, tranquilizarme, estimularme. El poder subjetivo del número ... desde niño lo supe, cuando mis papás veían esa libreta de notas que me hacía temblar, se sonreía.

Pero, para Flu, no todo es inventar preguntas hay pacientes que lo esperan. Toma su bicicleta, respira el aire fresco de la mañana y tres cuadras más allá, en una casa que subarrienda con otros dos colegas (ambas unas simpáticas e inteligentes terapeutas familiares que ven niños), llega a su lugar de labor diaria. Su oficina está organizada según los principios del feng-shui: el rojo al oriente para obtener cierto prestigio y las plantas en lugares adecuados para que la energía fluya entre los objetos, él y sus pacientes. Claro que tuvo que hacer unos cambios a la asesoría inicial porque, aunque parezca un hombre de mediana edad tranquilo, en verdad es muy hiperactivo y su energía no es tan limitada como parece. Va y viene según quien tenga enfrente y puede tomar formas variadas además de colores inusuales. Flu está convencido que quienes equilibran la energía terapéutica son los vegetales que lo acompañan Sus ficus, sus palmeras tropicales y las flores que presencian los intercambios intersubjetivos diarios.

Su primer paciente es un director de cine argentino. Se encuentra en Chile porque por allá no le pagan tan bien sus spots publicitarios y aquí, dice, es más fácil vender pomadas, líquidos, polvitos de misericoco, espumas sanadoras, viagra de Fidel, herbal para adelgazar y una infinidad de sueños contenidos en envases olorosos y coloridos. –Y, bueno –decía esa mañana–, la idiosincrasia del chileno: esperanza, eso busca, para cambiar lo triste del paisaje invernal, lo estrecho del territorio, una historia sin glorias ni gatos apaleados (todos quieren darle un palo al gato, pero nadie lo encuentra).

Para Flu, en cambio, en estas tierras falta disciplina espiritual, eso falta, dice, frugalidad, esencialidad. Encontrar la madre del cordero, el cuesco de las frutas; el decante final de la cuestión. Esencialidades, no ramas sino troncos. Si los ciudadanos usaran tiempo en leer filosofía! Si tal vez volviéramos al ágora! Cada comuna debería contar con varios lugares de reunión, en grupos



de siete adultos se podría discutir, en el sentido de intercambio y dialogar por una hora diaria. Las ideas fluirían y las virtudes que derivan de este intercambio razonable levantarían al país de la modorra. Sueña un mundo nuevo, mientras el director de cine ha continuado su decir.

El argentino funciona con la mente en zapping. Salta de un tema a otro; abre una ventana, no cierra la anterior; desde un contenido hace hipervínculo a otro. Abre y abre haciendo que el árbol sea cada vez más frondoso, pero no encuentra el tronco y como no lo amarra a un eje central las hojas terminan por caerse y al final pierde el sentido.

—¿Por qué le estaré diciendo todo esto? —pregunta mientras mira a Flu, mareado de tanta información. —Ya no sé que hacer con tanto dato, tanto tramo de representaciones, tanto pedazo disperso, soy como una wikipedia, una enciclopedia en permanente construcción. No soy un sujeto terminado. Soy como infinitamente parcial, sí doc, eso soy, un incesante girar de hojas que no se compilan en un tomo de nada.

Flu sigue escuchando a su paciente tranquilo, él lo tiene resuelto: clásicos: troncos, no ramas.

Entonces entremedio de la marejada, el director de cine argentino decide darse cuenta que Flu está allí y le pregunta:

—Mirá, quiero filmar la vida de Marylin, pero no la real sino las copias, las falsificaciones, las series de Marylin dispersas por el mundo, ¿me entendés? —dice excitado.

Flu, que ya no sabe de dónde es que venía este trazo metonímico, hace uso de la mejor herramienta terapéutica: la honestidad.

—Me tiene confuso, casi perdido —le dice—, Usted quiere fijar, ampliar hasta la hipérbole la figura de una mujer/icono. Entiendo que le debe haber fascinado algo de su figura, o de su historia de maltrato, o es tal vez el misterio de su muerte o la lista de amantes. Aunque puede que se trate de la fascinación que tienen sobre nosotros las imágenes. Es como un neo-narcisismo. La imagen nos tiene embobados, fijos ante ella, ad-mirando su infinita capacidad de representar. Comprando pantallas gigantes para seguir mirándonos en otros más bellos, ágiles y despiertos que nosotros mismos.

—No, ché, que vá —contesta el allende los Andes —no, qué dice doc! No se me ponga denso, que apenas me puedo bancar mi vida como para pensar en generalidades!! Lo que me intriga es la capacidad de copia que tenemos los seres humanos. Y sobre todo las mujeres, ciertas mujeres. Y el error de la copia. La mutación de la copia que da origen a la variación. ¿Cuando mutó y cómo la Marylin a Barbie? ¿Se ha preguntado eso doc?

¿Fue un cambio adaptativo o fue un salto de la evolución?

—Y esto ¿qué relación tiene con usted?

—Ahí está la cosa, pues. Yo también busco copias. ¿Por qué sigo teniendo las mismas parejas? Son todas como seriadas, no puedo salir de la serie: linda—diosa—me-

maltrata. Una y otra vez me embarco. La esperanza se puso porfiada. Me rompe el sueño una, sigo con la otra. Total hay una serie. Como si creyera que allí hay algo que me completa. Hago un infinito retorno ¿me creeré hijo pródigo? ¿Salí para volver?

Flu sabe que lo acaban de invitar al tema de la madre. Tema que lo tiene cansado. Está bien, todos salimos del útero, todos tenemos madre, vivimos en ella, por ella y con ella. Nadie podrá tenernos en tantas posiciones a la vez. Pero, no! ¿Otra vez a tradicionales interpretaciones? Me resisto, piensa Flu. Quiero que mi trabajo esté lleno de vida, de resonancias nuevas; es en él, por él y con él que hace su existencia, así es que a la madre hoy no la traerá a sesión.

—¿Y que ha pensado hacer entonces con la mutación en su búsqueda?

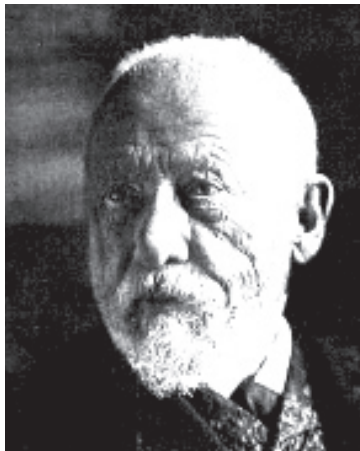
—Un documental. Salir por las calles a buscar las Marylins, las copias, las falsas y las mutadas.

—¿Probará con una mutante?

—Tal vez ya sea hora. Llevamos más de un año de sesiones y aún no me atrevo al cambio.

Flu no puede evitar pensar en su experiencia, su serie se llama poetiza-dolorida-busca-consuelo y corresponde al tipo de Virginias Wolf. Todas copias, falsificaciones incluso. Tal vez debiera probar con las Marylin del argentino.

—Mire, puede que haya llegado el tiempo que trabajemos de otro modo. ¿Qué le parece si ese documental lo hacemos juntos?



*"Por las venas del sujeto cognoscente que construyó la modernidad no circula sangre verdadera sino el enrarecido jugo de la razón como actividad meramente intelectual.*

*May que tomar al hombre en su totalidad, en la diversidad de sus fuerzas, como ser que quiere, siente y representa".*

*Dilthey*

**LUGAR:** Auditorio de Bioética 3<sup>er</sup> Piso,  
Facultad de Medicina.

**DÍA:** Viernes de 8:30 a 10:30 hrs.

**FECHA:** Inicio del curso el viernes 3 de  
Agosto y término del curso el  
viernes 30 de Noviembre.

**INSCRIPCIÓN:**

Secretaría de Bioética,  
Facultad de Medicina - U. de Chile.  
Fono: 9786189

**VALOR DEL CURSO:**

3,2 UF  
(Plazo: hasta 31 de Julio).

## CURSO DE HERMENÉUTICA

2º SEMESTRE 2007

### OBJETIVO GENERAL

Mostrar la importancia y validez del discurso hermenéutico en las ciencias de la vida y la bioética.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Conocer críticamente el origen y el desarrollo del enfoque hermenéutico en filosofía y Bioética.

Entender el lenguaje, los conceptos y los instrumentos metodológicos fundamentales de la hermenéutica filosófica.

Conocer la importancia y el lugar que la hermenéutica ocupa en el panorama cultural de la actualidad.

Entender las diferencias en el enfoque y las conclusiones de la hermenéutica en torno a la pregunta por la vida, la muerte y la mortalidad, y sus diferencias con otros enfoques.

Brindar al mundo de la medicina y la bioética una aproximación al fenómeno hermenéutico fundamental: la comprensión en su diferencia respecto de la explicación científica natural.

### DIRIGIDO A:

Este curso ha sido pensado como el primero de una serie. La Hermenéutica, la aproximación fenomenológica, la narrativa en medicina y bioética, forman parte de los cursos que deseamos ofrecer como iniciativa del Departamento de Bioética y Humanidades Médicas.

### PRESENTACIÓN

La hermenéutica (literalmente: Ciencia de la interpretación) nació como una técnica para comprender textos antiguos, es decir, con una orientación esencialmente filológica. A principios del siglo XX, sin embargo, adquirió, por influencia de Dilthey, un carácter epistemológico, a raíz de la distinción elaborada por aquel autor entre los métodos explicativos de indagación y conocimiento (las ciencias naturales), y los comprensivos (las así llamadas ciencias del espíritu: historia, arte, filosofía, etc.).

En su desarrollo ulterior, sobre todo por influencia de Heidegger, la hermenéutica adquirió un carácter esencialmente antropológico y metafísico, lo que se puede resumir con aquello de que el hombre es, en su esencia, un ser que comprende.

La hermenéutica es un enfoque básico en la filosofía del presente, aplicable en todos los ámbitos del saber, y por cierto en la medicina y la bioética. No obstante, es indudable que nos hallamos rezagados respecto de su conocimiento. Este curso pretende contribuir a cerrar la brecha existente en este ámbito, aportando los instrumentos que permitan entrar por esta importante huella de la filosofía, lo que permitirá avanzar y profundizar en ella a continuación.

---

## PLAN DE ESTUDIOS DEL CURSO

### PRIMERA UNIDAD:

Origen, sentido y ámbito de hermenéutica.

### SEGUNDA UNIDAD:

La Facticidad, Heidegger.

Vida y Mortalidad como experiencias de sentido.

### TERCERA UNIDAD:

Desarrollos ulteriores de la hermenéutica.

La interpretación, Ricoeur, Gadamer, otros.

### CUARTA UNIDAD:

Hermenéutica en la medicina y la bioética actual.

### Coordinadores Docentes.

Dr. Sergio Valenzuela P.

Dr. Hernán Villarino.

### Destinatarios:

Curso electivo destinado a alumnos de Post grado, Magister y Doctorado. Académicos y docentes de Bioética, humanidades Médicas, Educación en Ciencias de la Salud.

### Método del Curso:

El curso utiliza clases teóricas, Lectura dirigida, Seminarios y Mesa redonda, Disertación de alumnos.

### Sr. Robert Rubio.

Profesor en la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad Alberto Hurtado.

Doctor en Filosofía. Albert-Ludwing Universität Freiburg. Friburgo, Alemania.

Miembro del grupo de trabajo "Fenomenología Hermenéutica" del Seminario de Filosofía de la Universidad de Tübinga.

Ha dictado diversos cursos y seminarios (La Globalización desde una perspectiva filosófica", "El concepto de mundo en Ser y Tiempo", etc.)

Ha realizado publicaciones diversas en revistas y libros. ("Cratilo, o de la fuerza ética del lenguaje"; "La cuestión de la Verdad como fondo aporético de Ser y Tiempo"; "La relevancia de la Praxis en la ontología del Dasein"; Tiempo y Sentido. Sobre la recepción de Heidegger del Esquematismo Trascendental Kantiano en la época de Ser y Tiempo"; "El concepto heideggeriano de formación de mundo y su contexto"; "Philosophy and Historizing"; "Zur Möglichkeit einer Philosophie des Verstehens. Das Produktive Scheitern Heideggers"; "La orientación de Heidegger hacia la poesía en el periodo de transición posterior a Ser y Tiempo"; "Figura (Bild) y formar configurador (Bilden) como conceptos conductores de la transición del pensar de Heidegger después de Ser y Tiempo"; "Figura y sentido. La cuestión de la configuración de sentido en Heidegger").

Miembro de la Sociedad Argentina de Fenomenología y Hermenéutica.

Miembro del Círculo Latinoamericano de Fenomenología.

Miembro de la Tübinger Gesellschaft für phänomenologische Philosophie.



UNIVERSIDAD DE CHILE  
Facultad de Medicina



**UNIVERSIDAD DE HEIDELBERG**  
INSTITUTO DE PSICOLOGÍA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PSICOSOMÁTICA



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE**  
ESCUELA DE PSICOLOGÍA  
ESCUELA DE MEDICINA / DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA

## DOCTORADO INTERNACIONAL EN PSICOTERAPIA

**Dirigido a** licenciados en Psicología o Medicina, en particular, con formación en psicoterapia o psiquiatría, provenientes de cualquier país del mundo.

Este doctorado les capacita para el ejercicio académico del más alto nivel en investigación y docencia en psicoterapia desde una perspectiva de integración teórica, profesional y cultural.

El **cuerpo académico** del Doctorado en Psicoterapia, está compuesto por académicos de la Escuela de Psicología y el Departamento de Psiquiatría de la Pontificia Universidad Católica de Chile, el Departamento de Psicología y los Departamentos de Psiquiatría y Salud Mental de la Universidad de Chile, y el Instituto de Psicología y el Departamento de Medicina Psicosomática de la Universidad de Heidelberg. Además, participan como profesores invitados connotados investigadores en psicoterapia de distintos países.

### INFORMACIONES Y POSTULACIÓN

**Informaciones:** Anita Vargas, Secretaria de Doctorado e Investigación

**Teléfono:** (56-2) 3545883

**Fax:** (56-2) 3544841

**E-mail:** anita@uc.cl  
www.uc.cl/psicologia

*Secretaría de Doctorado e Investigación, Escuela de Psicología*

Facultad de Ciencias Sociales  
Pontificia Universidad Católica de Chile

**Dirección:** Av. Vicuña Mackenna 4860, Macul. Santiago de Chile  
(Estación de Metro San Joaquín)

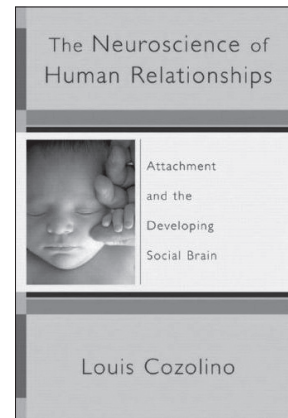
**Fecha de postulación:** hasta el 30 de octubre de 2007

COMENTARIO DE LIBROS

# THE NEUROSCIENCE OF HUMAN RELATIONSHIPS: ATTACHMENT AND THE DEVELOPING SOCIAL BRAIN

Autor: **Louis Cozolino**  
W.W. Norton & Company, New York, 2006  
Disponible en: [www.amazon.com](http://www.amazon.com)

(Rev GPU 2007; 3; 3: 243-245)



**Alberto Botto<sup>1</sup>**

Desde las primeras críticas de Freud al *localizacionismo estrecho* característico del método anatómo-clínico imperante en aquellos años, y posteriormente los trabajos de Luria que dieron inicio a la *neuropsicología dinámica*, la pregunta por el origen de los fenómenos psico(pato)lógicos no ha encontrado una respuesta satisfactoria que se mantenga al margen de cualquier reduccionismo.

Luego del énfasis puesto en los fenómenos cognitivos, el desarrollo de la neurociencia afectiva ha dado paso a una serie de elaboraciones en torno a los fundamentos biológicos de los sistemas motivacionales, los vínculos de apego y las relaciones interpersonales, donde es posible incluir también a las relaciones de ayuda como la psicoterapia. De esta manera, y dando una muestra del espíritu integrador que caracteriza a algunos representantes de disciplinas tan diversas como la filosofía y la neurociencia, Paul Ricoeur, en un diálogo inmensamente creador con un científico como Jean-Pierre Changeux<sup>2</sup> afirma, por ejemplo, que “Lo mental vivido implica lo corporal, pero en un sentido de la palabra cuerpo irreductible al cuerpo objetivo tal como lo conocen las ciencias de la naturaleza. Al cuer-

po-objeto se opone semánticamente el cuerpo vivido, el cuerpo propio, mi cuerpo (del cual hablo), tu cuerpo (a ti, al que me dirijo), su cuerpo (de él o de ella cuya historia narro)”. Y, en otra parte, refiriéndose al dualismo mente/cuerpo: “...mi cerebro no piensa, pero mientras yo pienso, ocurre siempre alguna cosa en mi cerebro. ¡Hasta cuando pienso en Dios!”. Que estas palabras sirvan como introducción al texto que comentamos y que continúa la línea de otro estupendo trabajo<sup>3</sup> del mismo autor publicado el año 2002.

El libro está conformado por seis capítulos donde se tratan diversos temas, desde la anatomía y funcionamiento del llamado *cerebro social* hasta los mecanismos que participan en la patogénesis de algunos cuadros paradigmáticos, como el trastorno de personalidad límite y el autismo. Si hubiera que destacar un concepto que sirva de hilo conductor en el desarrollo de las ideas expuestas, éste sería el de *neurobiología interpersonal*, la que, en forma muy resumida, considera que el cerebro es esencialmente un órgano social que se construye a través de la experiencia con otro. Para el autor no existe un cerebro aislado e independiente; por el contrario, éste aparece en una “interfase enigmática” entre los genes

<sup>1</sup> Departamento Psiquiatría Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

<sup>2</sup> Changeux J-P, Ricoeur P. México, D.F.. Fondo de Cultura Económica, 2001.

<sup>3</sup> Cozolino L. New York: W.W. Norton & Company, 2002.

(la biología) y la experiencia mediada por el ambiente y los vínculos tempranos. Así, con este planteamiento como trasfondo, es posible comenzar a articular una serie de teorías, pensamientos y líneas de investigación.

Representando a las ideas evolucionistas (y sin estar exentos de crítica), los desarrollos de Paul MacLean sobre el *cerebro triuno* (*triune brain*) se proponen como una alternativa para integrar las discontinuidades entre el desarrollo cerebral y la conducta. Según este modelo, el cerebro humano está conformado por un sistema filogenético de tres partes o capas que representan nuestra relación con los mamíferos primitivos y los reptiles. El nivel más profundo y antiguo está representado por el *cerebro reptiliano* cuyo correlato anatómico es el tronco encefálico y los ganglios basales. Luego se encuentra el *cerebro paleomamífero* (sistema límbico) y, finalmente, la adquisición más reciente, la corteza cerebral, en el denominado *cerebro neomamífero*. Desde muchos puntos de vista hoy en día estas ideas parecen estar muy simplificadas. Si se piensa, por ejemplo, en la lateralización cerebral la situación se torna bastante más compleja, y es lo que ha llevado a muchos a plantear que, debido a la especialización hemisférica, casi se podría hablar de dos cerebros distintos.

Siguiendo con la importancia de los vínculos tempranos, la teoría del apego ha tomado una enorme relevancia. Sobre este tema se ha escrito bastante; sin embargo pareciera que la (dis)regulación afectiva en el contexto del desarrollo normal y patológico y su relevancia clínica en torno a la comprensión de ciertos cuadros (como la personalidad límite) sería un objetivo fundamental para la psicoterapia<sup>4</sup>. Desde la neurociencia afectiva, Panksepp ha propuesto la existencia de cuatro sistemas motivacionales con un sustrato anátomo-funcional asociado y un correlato en la psico(pato)logía del desarrollo. El sistema de búsqueda (*seeking*) promueve las conductas exploratorias y se relaciona con la función dopaminérgica en vías mesolímbicas y mesocorticales (área ventrotegmental anterior, hipotálamo, núcleo accumbens, giro cingulado anterior, corteza prefrontal). El sistema de miedo (*fear*) se asocia con la regulación de las ansiedades paranoides, su neurotransmisor asociado es GABA y se localiza en relación a la sustancia gris periacueductal, hipotálamo y la amígdala central y lateral. El sistema de ira o rabia (*rage*) se asocia con conductas predatorias y hostiles y compartiría algunas estructuras con el sistema de búsqueda además de la amígdala medial y

la sustancia gris periacueductal. Finalmente, el sistema de pánico (*panic*) media las conductas de apego y el distrés de separación. Anatómicamente se ubica en regiones del giro cingulado anterior, núcleos talámicos e hipotalámicos, área ventrotegmental y sustancia gris periacueductal. Los neurotransmisores asociados son opioides endógenos, oxitocina y prolactina. El sistema de pánico pareciera tener una especial relevancia en el origen de cuadros clínicos como la depresión y el autismo. Además, cada día existe mayor evidencia sobre la importancia de la oxitocina y los glucocorticoides en la psiquiatría. En relación a la primera, algunos estudios han mostrado una asociación entre su metabolismo y la capacidad de mentalizar. Este hallazgo tendría implicancias clínicas de gran relevancia, por ejemplo, en el tratamiento de los trastornos del espectro autista, la depresión y los cuadros ansiosos.

En relación a la capacidad de tener una teoría de la mente (*theory of mind*, TOM, en inglés), un área muy interesante de estudio se encuentra en el sistema de las neuronas espejo. Éstas corresponden a un grupo de neuronas visomotoras, descubiertas accidentalmente por Rizzolatti en el área F5 de la corteza premotora del mono. Su característica es que se activan cuando el mono realiza una determinada acción o cuando observa a otro efectuando la misma acción. Su funcionamiento estaría en la base de los procesos de imitación, identificación y empatía, y podrían corresponder al sustrato biológico de la mentalización.

Luego de exponer sus ideas en forma clara y didáctica, acompañada de múltiples ejemplos y viñetas clínicas, el autor se pregunta por la importancia que el conocimiento neurocientífico pudiera tener para la psicoterapia. Si se entiende a la psicoterapia como una forma de aprendizaje (y esto lo demostró Kandel en sus estudios con el caracol marino *Aplysia Californica*), entonces es posible que la psicoterapia funcione optimizando la neuroplasticidad a través de: 1. Una relación de seguridad y confianza con un terapeuta disponible emocionalmente, 2. La mantención de un moderado nivel de *arousal*, 3. La activación de cognición y emoción, y 4. La co-construcción de narrativas que sean el reflejo de un *self* positivo y optimista.

Para Cozolino el conocimiento neurocientífico sería un aporte para la práctica de la psicoterapia a través de: 1. Posibilitar el acceso a múltiples vías de influencia sobre el cerebro con el fin de facilitar los fenómenos neuroplásticos, 2. Incluir una perspectiva racional basada en el conocimiento científico para elegir qué tipo de tratamiento (y esto podría ser restringido a qué tipo de psicoterapia) será más útil para cada paciente en forma particular, 3. Enseñar al

<sup>4</sup> Schore A. New York: W.W. Norton & Company, 2003.

paciente sobre su cerebro con el fin de que pueda colaborar activamente en el tratamiento, por ejemplo a través de la psicoeducación en el manejo de una crisis de pánico, 4. Potenciar el optimismo respecto a la posibilidad de cambio a través del reconocimiento de la neuroplasticidad y la neurogénesis, 5. Considerar la posibilidad de reescribir la historia personal pensando en la maleabilidad de la memoria, y 6. Enfatizar la

importancia del vínculo terapéutico en el logro de los objetivos y el cambio.

Por último, y tal vez como una forma de responder a la pregunta por el sentido de la integración al que nos referíamos al comienzo, sólo cabe pensar, como Ricoeur, que "...es el mismo cuerpo el que es vivido y conocido. Es la misma *mind* que es vivida y conocida; es el mismo hombre el que es *mental* y *corporal*".

## COMENTARIO DE LIBROS

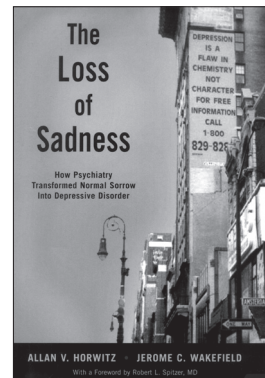
# LA DEPRESIÓN: ¿AFLICCIÓN O TRASTORNO MENTAL?

THE LOSS OF SADNESS

Autores: **Allan V. Horwitz** y **Jerome C. Wakefield**

Oxford University Press, New York, 2007

(Rev GPU 2007; 3; 3: 246-248)



Félix Cova<sup>1</sup>

Desde que en 1980 se publica el DSM-III y se establece una nueva lógica de conceptualización de los trastornos psicopatológicos, múltiples voces críticas han señalado sus limitaciones. Sin embargo, la hegemonía de los supuestos conceptuales del DSM se impuso en forma casi total en los diversos dominios de la salud mental, y las visiones críticas, independientemente de sus niveles de fundamentación, han tenido hasta hoy un rol casi anecdótico.

El libro de Horwitz y Wakefield *The Loss of Sadness* (1), publicado en el primer semestre del 2007, se enmarca en esta historia de voces críticas, pero, a diferencia de éstas, tal vez pueda lograr una repercusión mayor. Se trata de una reflexión seriamente fundamentada que cuestiona la coherencia del DSM a partir de los propios supuestos de este sistema. La crítica es, por así decirlo, “desde adentro”. En ese contexto, es particularmente significativo que este libro esté prologado por Robert Spitzer, quien fue el líder del grupo de tarea de la APA que desarrolló el DSM-III. En el prólogo, Spitzer señala que los planteamientos presentados en *The Loss of Sadness* representan el mayor de los desafíos que se la ha hecho hasta ahora a la revolución del diagnóstico psiquiátrico realizada hace 30 años y que dio origen al DSM-III.

Pese a lo dicho, aparentemente el libro de Horwitz y Wakefield no trata del sistema DSM en general. De

hecho, su foco está en la conceptualización de los trastornos depresivos. Sin embargo, su crítica trasciende a aspectos cruciales del sistema conceptual completo del DSM. El punto central es, para los autores, la total imposibilidad de distinguir lo que es propiamente un trastorno mental (en concreto, un trastorno depresivo mayor), y lo que son las reacciones humanas normales a las pérdidas, fracasos y dificultades de la vida, a partir de un sistema, como el DSM, que se basa sólo en la valoración de la presencia/ausencia de determinados síntomas, ignorando el contexto en que éstos aparecen. La no inclusión del contexto en la valoración de lo que le ocurre a la persona impediría distinguir lo que es propiamente una “disfunción” de los procesos psicobiológicos (lo que es propio de un “trastorno mental”), y lo que son respuestas humanas normales a las dificultades de la vida, que si bien pueden ser acentuadas y con grados variables de discapacidad asociada, no representarían una disfunción, y no constituirían, por tanto, genuinos trastornos mentales (otra cuestión es, reconocen los autores, si en este segundo caso se debiera brindar tratamiento, y de qué tipo; lo primero es distinguir correctamente). De allí el subtítulo del libro: “cómo la psiquiatría transformó la aflicción normal en trastorno depresivo”. Los autores recuerdan que, en décadas anteriores, la mayoría de los consultantes a los servicios de salud mental correspondían a una

<sup>1</sup> Doctor en Psicología, Profesor Asociado Universidad de Concepción.



población clínica altamente seleccionada, por lo que probablemente presentaban “verdaderos” trastornos. A partir de este tipo de consultantes fueron desarrollados los criterios diagnósticos. Estos criterios, aplicados a esa población clínica altamente seleccionada no generaban “falsos positivos”. La insuficiencia de esos criterios se hizo visible al ser extendido su empleo a otros contextos, como a servicios de salud mental masificados, a la identificación de trastornos en población general o en consultantes de atención primaria.

La exigencia de que exista una disfunción psicobiológica en el individuo para diagnosticar trastorno mental no es propia sólo del sistema conceptual que los autores, particularmente Wakefield, han desarrollado (2): el propio DSM asume en su definición general de trastorno mental que éste debe corresponder a una disfunción en el individuo. Los autores destacan que esta declaración general que hace el DSM respecto del concepto de trastorno mental no es coherente con la forma cómo luego se operacionalizan los criterios diagnósticos de los trastornos particulares. En específico, los criterios diagnósticos de los trastornos depresivos no incorporan ninguna valoración del grado en que los síntomas que se presentan puedan ser explicados por la situación en que se encuentra el individuo y, por tanto, no corresponder a una disfunción de éste (con la excepción del duelo por la pérdida de un ser querido). La pregunta de los autores se puede ejemplificar del siguiente modo: ¿presenta un trastorno depresivo un hombre que recientemente ha perdido su trabajo, y que durante dos semanas ha presentado desánimo, anhedonia, problemas para dormir, dificultades de concentración y sentimientos de minusvalía? Aunque estos síntomas satisficieran los criterios DSM y fueran concordantes con el diagnóstico de trastorno depresivo mayor, desde la perspectiva de los autores sería un contrasentido rotularlos de trastorno depresivo, a menos que se observara en los síntomas algo que los hiciera cualitativa o cuantitativamente distintos de una respuesta esperable en esas circunstancias, como un estado delirante, por ejemplo.

No abogan los autores por un retorno a la distinción entre depresiones reactivas y endógenas, con sus reconocidas limitaciones. La distinción que los autores creen es indispensable realizar es entre auténticos trastornos, que implican disfunciones efectivas en el individuo (aunque se hayan generado por las experiencias que le ha tocado vivir), y reacciones normales y esperables a las dificultades y pérdidas (aunque puedan ser dolorosas y discapacitantes), todo lo cual

exige superar los criterios diagnósticos que hoy usa el DSM-IV TR. Señalan los autores que ni el dolor ni la discapacidad por sí mismos constituyen un trastorno. El no considerar el contexto explícitamente para valorar la sintomatología sería el factor que determina la imposibilidad de las disciplinas de la salud mental para distinguir tanto conceptual como prácticamente las dificultades de la vida con efectivos trastornos mentales.

Ciertamente, como los propios autores se encargan de explicitar detalladamente, no se trata ésta de una discusión académica sino de una con implicaciones clínicas, políticas y científicas de amplio alcance. Desde su perspectiva, que coincide con múltiples otras evidencias, la lógica del actual sistema diagnóstico lleva a la patologización desmesurada de los problemas humanos, con potenciales efectos negativos en las personas, y en las propias disciplinas de la salud mental, que terminan perdiendo credibilidad.

Los autores sitúan en este contexto el desconcierto que han generado los estudios epidemiológicos poblacionales de prevalencia de trastornos mentales que se han basado en los actuales sistemas clasificatorios, con sus muy abultadas tasas de trastornos: el problema no estaría en los instrumentos de medición, pues ellos reflejarían bien los criterios diagnósticos en que se basan, sino directamente en estos últimos (3). Los estudios epidemiológicos mostrarían tasas de prevalencia exageradas porque califican como auténticos trastornos lo que son respuestas de estrés, más o menos intensas, más o menos transitorias, más o menos invalidantes, a circunstancias vitales adversas. Lo mismo ocurriría con los clínicos que se limitan a usar los criterios DSM para realizar sus diagnósticos.

Se trata, en suma, de un libro relevante respecto de un tema relevante. Los potenciales efectos iatrogénicos de valorar sólo sintomatología para identificar trastornos no son sólo observables en el campo de los trastornos depresivos (donde las categorías, aún “no oficiales”, de trastorno depresivo menor y de trastorno depresivo breve recurrente, pueden acentuar más las dificultades actuales, aumentando todavía más el sobrediagnóstico de trastornos depresivos), sino también en otros ámbitos (por ejemplo, en los problemas conductuales y atencionales en la niñez). Entre otros riesgos, los propios autores destacan cómo estas debilidades de las disciplinas de la salud mental para conceptualizar apropiadamente los trastornos psicopatológicos están siendo aprovechadas y estimuladas por la industria farmacéutica, sin que ello redunde necesariamente en mayor bienestar para las personas.

Por cierto, la propuesta de Horwitz y Wakefield tiene una serie de dificultades operativas para ser traducidas en un "Manual Diagnóstico", y varios de sus planteamientos son debatibles. Sin embargo, sería beneficioso que este libro contribuyera a un debate profundo en el campo de las disciplinas de la salud mental, y a perfeccionar las formas en que actualmente se están conceptualizando los trastornos psicopatológicos<sup>2</sup>.

## REFERENCIAS

1. Horwitz A, Wakefield J. *The Loss of Sadness*. Oxford University Press, New York, 2007
2. Wakefield J. The concept of mental disorder—on the boundary between biological facts and social values. *American Psychologist* 1992; 47: 373-388
3. Cova F. La epidemiología psiquiátrica y el debate actual respecto al concepto de trastorno mental. *Revista de Psiquiatría Clínica* 2006; XLIII: 31-36

---

<sup>2</sup> Los lectores interesados en este tema pueden encontrar un interesante complemento en el trabajo "What is Mental in Mental Disorders?" de los autores Bengt Brülde y Filip Radovic, publicado recientemente en el Vol 13, N°2, June, 2006 de la revista PPP (*Psychology, Psychiatry and Philosophy*) editada por The Johns Hopkins University Press (N. de los E.).

## COMENTARIO DE LIBROS

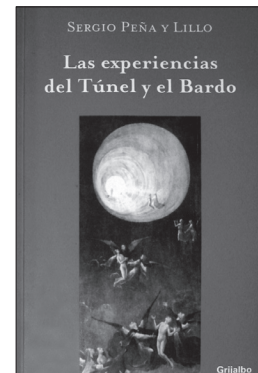
# ENTRE VIDAS

LAS EXPERIENCIAS DEL TÚNEL Y EL BARDO

Autor: Sergio Peña y Lillo

Ed. Grijalbo, Santiago, 2007, 174 pp.

(Rev GPU 2007; 3; 3: 249-251)



César Ojeda

La certeza de la muerte es tal vez la única certeza de los seres humanos. Sabemos de la muerte propia aunque no hayamos tenido necesariamente alguna experiencia de riesgo vital, es decir, nos anticipamos hasta ella, y esa condición nos define como seres orientados por un inexorable futuro. Recuerdo que, en algún lugar, Unamuno sostenía que del mismo modo en que el dolor es máximo en el momento en que una parte de nuestro cuerpo está a punto de desgarrarse, la antesala de la muerte es el más radical dolor en “todo nuestro ser”. ¿Y quién no lucha por desembarazarse de un dolor? De allí que la palabra agonía derive del griego *agón*, que significa “lucha”. No pocos, incluido Jaspers<sup>1</sup>, han desarrollado paralelos entre la agonía y la tragedia griega: en ambas hay un *fatum*, una predestinación ineludible, un *no poder ser de otra manera*. El “primer luchador” (*prot-agonista*) se enfrenta a una condición sin salida, insuperable y absoluta. Edipo no puede sino matar a su padre, casarse con su madre y tener descendencia con ella. Pero, ¿qué representa el *fatum* en el pensamiento griego? Un dios, Apolo: el dios del hiperbóreo, del sol, la luz, la belleza y la destreza. El Oráculo de Delfos es la voz de Apolo. Edipo no lucha contra un destino natural sino contra la voluntad de un dios. Si bien la voz de Apolo se cumple, Edipo triunfa, pues para el mundo griego clásico y para la tradición filosófica posterior la verdad no es visible con los ojos. Podríamos decir que la “teoría” (del gr. *theorein*= mirar), la “luz interior” de San

Agustín, la *Lichtung* (“el claro”) de Heidegger, la claridad y distinción de Descartes, y muchas otras figuras semejantes, son independientes del sentido de la vista. De allí que quien en Edipo Rey “sabe” es el ciego Tiresias, y de allí que el acto final de Edipo sea arrancarse los ojos y hacerse así inmune a la engañosa luminosidad del dios Apolo.

Lo dicho es pertinente, pues el libro que comentamos trata acerca de la muerte y de la luz. Es decir, por una parte del *fatum* y la absoluta predestinación “sabida” del ser humano hacia la muerte, y por otra, de la convicción religioso-social del encuentro final de este ser humano con la luminosidad eterna. El autor, el conocido Profesor de Psiquiatría Sergio Peña y Lillo, posee una convicción religiosa profunda y encarnada, que recuerda en un epígrafe al inicio del libro: escribe desde su fe cristiana, en el entendido que “el nacer una o más veces no cambia en nada el mensaje redentor del Evangelio y la promesa de Jesús de la resurrección y de la vida Eterna de su Espíritu”. Desde este epígrafe, la lectura de “Las experiencias del Túnel y el Bardo” nos ofrece una dificultad no menor: efectivamente, ¿cómo se puede leer un libro escrito desde esa fe si no se tiene vocación religiosa alguna? No hay manera de ser no-religioso sin una negación: las expresiones “a-teo” y “agnóstico” lo prueban. Pero, ¿es posible leer un libro de este tipo haciendo oídos sordos a la fuente misma de la inspiración con la que fue escrito, y con ello, negándola desde la partida? No creemos que sea posible. Por ello, si no se es religioso, el camino tiene sólo dos salidas: o se abandona la lectura, o se entra en la convención y se acepta, de manera provisional, el dato esencial: la

<sup>1</sup> Jaspers K. *Esencia y formas de lo trágico*. Ed. Sur, Buenos Aires, 1960.

vida eterna, o al menos, una vida personal después de la muerte. Se hace evidente que tal aceptación es *sólo* convencional, puesto que las creencias son axiomas de fe, y que, por lo mismo, no deben ni pueden ser demostrados por medios naturales.

La “experiencia del túnel” corresponde a los estados de “cuasi-muerte”, es decir, personas que han estado en riesgo de morir, pero que han sobrevivido. Los relatos de las etapas de esta experiencia presentados por el autor y por el médico R. Moody<sup>2</sup>, al que sigue a lo largo de todo el texto, son ejemplos que sugieren la posibilidad de que el fenómeno en cuestión sea un arquetipo propio de nuestra condición de hombres. No obstante, por tratarse de casos aislados, para el lector agnóstico tal generalización carece de fundamento. Sin embargo, las observaciones metodológicas no vienen al caso aquí, si se ha aceptado partir de la convención antes señalada. Lo interesante es que la experiencia del túnel es un tránsito frustrado. La persona en riesgo de muerte recorre un sector denso y negro que a media sombra avizora la espléndida salida hacia la luz total, aquella que no puede sino iluminar la más trascendente de las verdades de la existencia humana. Allí, el miedo se torna en una gozosa paz. Pero otros seres le impiden el paso, y le sugieren que regrese por donde vino pues aún su momento no ha llegado. La persona regresa y debe re-habitar su propio cuerpo hasta que el momento correcto llegue y el tránsito sea posible.

El estado de Bardo, en cambio, corresponde a un estadio intermedio entre la vida que se acaba de abandonar y la siguiente reencarnación, o –si se ha ya cumplido la purificación del alma– el paso hacia la eterna luminosidad, después de la última muerte. El lector podrá aceptar que hay personas que han estado prácticamente muertas y se han recuperado y vuelto a vivir (cuasi-muerte). Estas experiencias pueden por lo tanto ser narradas por esas personas y, desde ahí, interpretadas desde diversas ópticas. Sin embargo, ¿cómo se puede acceder a lo que ocurre en el estado de Bardo? Allí se requiere que las personas hayan muerto efectivamente. Es en este punto donde el libro de Sergio Peña y Lillo recoge un sorprendente camino, iniciado por los médicos J. Whitton y J. Fisher<sup>3</sup>, al trabajar con personas bajo los efectos de la hipnosis. Mediante regresiones hipnóticas, para los autores, es posible acceder al periodo que media entre la muerte anterior y la encarnación actual.

El lector sabe que las técnicas hipnóticas tienen un pasado y un presente controvertido y enigmático. Aunque existen precedentes históricos del uso de técnicas similares al hipnotismo empleadas por los egipcios en los llamados Templos del Sueño, sólo a mediados del siglo XVIII se inicia el primer estudio sistemático de lo que suponía un estado psico-fisiológico especial que más tarde se conocería con el término de hipnosis. Franz Anton Mesmer (1734-1815), doctorado en Medicina y Filosofía, a los 35 años de edad, escribió en Viena su tesis doctoral titulada “De planetarium Influxu”, inspirada en las teorías de Paracelso. Allí planteaba la interrelación entre los cuerpos celestes y el ser humano. Mesmer formuló la famosa *Teoría del Magnetismo Animal*, en la que sostenía que todo ser vivo irradia un tipo de energía similar o parecida al magnetismo físico de otros cuerpos y que puede transmitirse de unos seres a otros, llegando a tener una aplicación terapéutica. No obstante, la Academia de Medicina de Francia determinó que no había fundamento científico en esta práctica, puesto que no existía ningún tipo de influencia o energía magnética en las curaciones mesméricas. ¿Qué era lo que realmente producía la curación? Serían los discípulos de Mesmer y posteriores investigadores quienes determinarían que las “milagrosas” curaciones en los trances hipnóticos, llamados sueños magnéticos o mesmerismo hasta aquel entonces, se producían por una condición llamada sugestión, que hasta el día de hoy no se entiende a cabalidad. Sumado a lo dicho, el uso comercial del hipnotismo en circos y espectáculos populares lo han situado en los márgenes de la superchería.

Sin embargo, y con independencia de su fama, el hipnotismo nos abre a un sector intimidante del funcionamiento cerebral. Yo mismo conocí a personas sometidas a cruentas cirugías reparadoras en estado hipnótico y sin anestesia. Pero ese interesante puzzle no es el foco del libro de Peña y Lillo. Más bien se trata de un recorrido mítico-antropológico que, después de describir las experiencias del túnel y del bardo, nos conduce hasta los ancestrales libros egipcios y tibetanos acerca de la muerte, y a los diálogos (“de sordos” acoto) entre científicos occidentales y el Dalai Lama, liderados por Francisco Varela. Y yo acoto “diálogos de sordos”, pues los “Gentle Bridges” con que se titula el primer tomo de tales encuentros, bien pudiera haber sido denominado “Gentle Gaps”. Resulta evidente para el lector de ese libro, como también del segundo tomo titulado “Dormir, Morir y Soñar”, que las tradiciones no pueden ser superpuestas sin destruirlas, y que algo inconmensurable se mece a lo largo de los intentos por encontrar afinidades y analogías entre la ciencia occidental y las tradiciones

<sup>2</sup> Moody R. *A Life after Life*. Mockingbird Books, Atlanta, 1975.

<sup>3</sup> Whitton J, Fisher J. *La vida entre las vidas*. Ed. Planeta, Buenos Aires, 1990.

de sabiduría budistas. Lo que más bien destaca en esos intentos es la profunda disimilitud entre ambas concepciones del universo, del ser humano, de la vida y del destino.

Pero el periplo de Sergio Peña y Lillo es mucho más amplio, adentrándose en los paralelos entre las experiencias del túnel y del bardo y los escritos bíblicos, la filosofía de Platón y de Emmanuel Swedenborg. Estos recorridos son claros y a la vez sorprendentes. Sin embargo, al llevarnos el autor hacia su experiencia personal con pacientes en estados “pre-hipnóticos” que él practica, el texto cambia de rumbo y de tono. Efectivamente, cada cierto tiempo aparece una postura médica y terapéutica relacionada con lo expuesto en las primeras partes del libro. Esto tiene que ver con el cam-

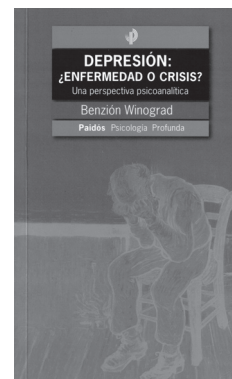
bio benéfico que experimentan algunas personas al regresar de la experiencia del túnel; cambio virtuoso que supera gran parte de las aflicciones psicológicas de las que antes padecían. Sin embargo, las experiencias de cuasi-muerte, también y frecuentemente, dejan severas secuelas psicológicas, conocidas hoy como “Trastorno de estrés post-traumático”. No obstante, la juntura que al autor sugiere entre lo antropológico y creencial con lo médico, a nuestro entender, pone en riesgo la convención que el lector –que no posee creencias como la inmortalidad o la reencarnación– ha debido aceptar. Aún así, se trata de un notable libro que abre paso hacia un sector que ha inquietado a la humanidad en todas las épocas y culturas: el tema de la existencia personal después de la vida y los estados de “entre vidas”.

## COMENTARIO DE LIBROS

# DEPRESIÓN: ¿ENFERMEDAD O CRISIS? UNA PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA

Autor: **Benzión Winograd**  
Editorial Paidós, Buenos Aires, 2005, 312 pp.

(Rev GPU 2007; 3; 3: 252-255)



**Juan Pablo Jiménez**

Hace muchos años, siendo adolescente y estudiante de filosofía, antes de empezar mis estudios de medicina, cayó en mis manos una revista francesa que traía un artículo sobre la fenomenología de la lectura. Después de 40 años, ya no recuerdo el nombre de su autor, sólo retengo la profunda impresión que me causó. Describía magistralmente el encuentro de un lector con el texto escrito por otro, las dificultades iniciales para entender, el cómo en los casos de comprensión exitosa se empieza lentamente a producir una corriente positiva de identificación, no ya con las ideas sino, más allá, con la mente misma, es decir, con la persona del autor, con sus intentos de desentrañar un sentido, de aclarar enigmas, de desplegar verdades. A través de las ideas parciales y los fragmentos de entendimiento que el texto va ofreciendo y, a partir de ellos, en la mente de quien lee se empieza a configurar un encuentro, un diálogo vivo con el autor. A la vez, a esta corriente amorosa de identificación se oponen momentos alternantes de distanciamiento y extrañamiento en los que el lector aleja del texto y revisa sus propias concepciones sobre el objeto que el texto aborda. Siguiendo la antigua máxima escolástica, que reza *credo ut intelligam*, es decir, que para entender un texto se debe primero creer en el autor. El primer movimiento de la lectura plantea como requisito el establecimiento de una identificación y es por lo tanto un acto amoroso. Sólo en un segundo momento el aserto se invierte en un *intelligo ut credam*, esto es, que para seguir creyendo es necesario entender, es decir, cotejar, comparar, confrontar el pensamiento del autor con las ideas propias. Así, en la

alternancia de momentos de identificación y des-identificación se establece la comprensión en espiral que describe el llamado círculo hermenéutico.

En este caso, sin embargo, la historia empieza antes pues fui invitado a presentar este libro, lo que es de suyo un acto cariñoso, una distinción especial que llama a la reciprocidad, más aún si el autor dedica unas páginas a comentar un trabajo mío sobre el mismo tema. En lo que sigue, entonces, quisiera hacer participar a los lectores de mi lectura personal del libro del autor. Por cierto, no haré una presentación sistemática, sólo pretendo resumir brevemente algo del diálogo interior con Benzión Winograd que acompañó la lectura de su libro y, con ello, recalcar algunos puntos de vista que creo son relevantes en el momento actual de la discusión psicoanalítica y que sospecho están en el trasfondo de la búsqueda intelectual del autor.

## LAS PREGUNTAS

En primer lugar, quiero subrayar la relevancia de las exploraciones que Winograd emprende en este libro. Su investigación, como cualquier búsqueda que se precie de tal, está orientada por ciertas preguntas básicas que actúan como organizadoras de la indagación. Pienso que las preguntas que introducen el libro son las que actualmente se están planteando todas las disciplinas que estudian la depresión. Pues no sólo el psicoanálisis sino también la Salud Pública y la Epidemiología, la Psiquiatría y las Neurociencias están preocupadas de dar respuesta a este tema, que amenaza en constituirse,

por el año 2020, en la segunda patología más importante en todo el planeta. En todo caso, no pareciera que hemos avanzado mucho en la respuesta a la primera pregunta que plantea el autor: ¿debemos, en el estado actual de nuestras discusiones ... hablar de depresión en singular? Desde que Freud, en *Duelo y Melancolía*, escribiera que “La melancolía, cuyo concepto no ha sido aún fijamente determinado ni siquiera en la psiquiatría descriptiva, muestra *diversas formas clínicas* a las que no se ha logrado reducir todavía a una unidad...”; que tal pregunta está planteada. De partida, Winograd parece jugarse por la aceptación de la diversidad: no se trata de *la* depresión, sino de *las* depresiones, más bien de la “problemática depresiva”; describiendo con ello un vasto campo de estudio. Esta pregunta, sin embargo, conduce inmediatamente a la siguiente, que no tiene que ver ya con el objeto del libro y que quedará en el trasfondo, como el marco epistemológico que pide todo estudio psicoanalítico moderno. Se pregunta: ¿podemos hablar de “el psicoanálisis” en singular? Si bien el autor no se adentra a responder sistemáticamente esta cuestión, de la lectura surge claramente una toma de posición por el pluralismo en psicoanálisis: no existe un psicoanálisis sino varios. Por cierto, tal postura, que despierta todas mis simpatías, nos coloca en enormes aprietos, pues ¿cómo distinguir el pluralismo de la mera diversidad o, peor aún, de la fragmentación teórica y práctica? Pues si bien la pluralidad de enfoques teóricos y técnicos es evidente, para que esta diversidad sea campo de labranza y de crecimiento de la disciplina y no más bien síntoma de su involución, debemos ser capaces de desarrollar metodologías que permitan que las diversas visiones dialoguen entre sí de manera de cotejarse, compararse y, eventualmente, confirmarse o refutarse mutuamente. Y, sabemos, ahí está nuestra gran debilidad como disciplina, que comienza en la dificultad del diálogo clínico. Debilidad que en el texto es también aparente, pues en él se destacan casi sólo las convergencias entre las distintas perspectivas y autores, y donde las divergencias y eventuales contradicciones, quizá insalvables, quedan en un segundo plano. Pero eso, como dije, es una complicación que la discusión clínica psicoanalítica no ha podido y, a mi entender, tampoco puede, solucionar. Sin embargo, aun cuando no se acepte que es aquí donde se debe recurrir a criterios de correspondencia que nos permitan hacer uso de otros medios de recolección de datos y análisis de los mismos, estaremos de acuerdo en que la solución del problema comienza por su reconocimiento y por la aceptación de las limitaciones no sólo de nuestro punto de vista personal sino también de los sesgos metodológicos de la disciplina psicoanalítica en su conjunto. Por esto, no

puedo dejar de celebrar la honestidad y la amplitud de mente que transparenta el libro de Winograd en este respecto. Siguiendo la mejor tradición instaurada por el mismo Freud, el autor está abierto –y lo plantea como una tarea necesaria–, a incorporar los hallazgos de las ciencias y disciplinas afines, como las neurociencias, y los aportes metodológicos de la medicina basada en la evidencia y de la investigación empírica en procesos y resultados en psicoterapia y psicoanálisis, sin dejar por ello de estar firmemente afincado en la “patria de origen” del psicoanálisis, cual es el trato con los pacientes. Pareciera que la dilucidación de las convergencias está guiada por la búsqueda en la obra de distintos autores de lo que podríamos llamar las referencias clínicas. Detrás de esto creo ver una postura realista, en el sentido de que aun cuando tengamos muchas perspectivas para describir y entender los fenómenos clínicos, suponemos y aceptamos la existencia de una realidad que nos trasciende y la cual, aun cuando no podamos jamás captarla homogénea o totalmente, actúa como referente inevitable y como condición *a priori* de posibilidad en nuestras elaboraciones teóricas y del diálogo clínico entre psicoanalistas. En esto Winograd parece seguir a Wallerstein y a Marcia Cavell.

## LA EXPERIENCIA CLÍNICA

Winograd lo dice explícitamente: “Nuestro punto de partida será la experiencia clínica” (p. 19), manteniéndose así firmemente anclado en la genuina tradición psicoanalítica. “Aunque el psicoanálisis ha crecido hasta ser mucho más que solamente un método de tratamiento, nunca ha abandonado su patria de origen, y en cuanto a su profundización y ulterior desarrollo sigue dependiendo del trato con enfermos”. Con estas palabras, escritas en 1933, Freud pareciera haber rayado la cancha de la investigación psicoanalítica; ésta debe partir de la clínica y volver a la misma, no importando cuanto se aleje de ésta en el entremedio.

Pero, ¿cuál es la concepción de técnica psicoanalítica que el autor nos muestra mediante una amplia gama de viñetas? Aquí, constato en mí nuevamente una corriente de simpatía hacia la concepción de una técnica psicoanalítica adaptativa y flexible. En el Capítulo 4, sobre *las problemáticas depresivas y el campo clínico del psicoanálisis*, nos muestra una visión estratégica de la técnica, donde los parámetros genéricos, esto es, las reglas, los articuladores del campo clínico, los objetivos terapéuticos y las acciones interpretativas, adaptan su instrumentación de acuerdo “con las diferencias en cada problemática psicopatológica, y atendiendo a la exigencia interna de que tanto para

cada sujeto singular como para cada pareja terapéutica se establezcan las variantes que sus características y combinatorias necesitan” (p.111). Por lo demás, se necesita coraje y mucha honestidad para mostrar no sólo los logros y éxitos sino también los impasses y los fracasos terapéuticos. La razón se expresa con claridad: se busca evitar “la tendencia a estereotipar o idealizar los logros sin al mismo tiempo discutir las limitaciones, las dificultades o los resultados iatrogénicos que a veces se producen.” (137). Aquí la tradición nos remonta a Ferenczi. Por cierto, para poder trabajar de esta manera es necesario acordar modelos psicodinámicos que permitan plantear objetivos terapéuticos personalizados y que admitan articulaciones flexibles de los instrumentos técnicos. Es en este punto en que el libro apela al conocimiento acumulado y hace un recorrido amplio e informado por la literatura psicoanalítica. Pareciera que Winograd elige cuidadosamente de entre múltiples autores, de diversas orientaciones y culturas psicoanalíticas, aquellas observaciones clínicas y metapsicológicas que le pueden servir para configurar un modelo técnico que facilite el abordaje personalizado con pacientes depresivos. En este recorrido distingue con cierta especificidad tres grandes grupos: autores angloamericanos, franceses y rioplatenses. En relación con estos últimos, habría que agregar algo que el autor, quizás por sabido, no explicita. El libro que presentamos es justamente obra de un autor rioplatense y está, precisamente, construido como un trabajo de síntesis e integración de las más variadas orientaciones psicoanalíticas, más allá de lo que podrían ser las aportaciones propiamente originales del psicoanálisis argentino. En esto creo ver uno de los sellos más propios del medio psicoanalítico rioplatense: vocación integradora y capacidad de síntesis. Basta pasar revista a la obra de David Liberman, como representante de una brillante generación de psicoanalistas rioplatenses, para comprobar lo que afirmo. Sin embargo, pienso que esta vocación integradora corresponde a una característica del psicoanálisis latinoamericano. En el último número del año 2005 de la revista *Psychoanalytic Inquiry* aparecen ocho ensayos testimoniales de psicoanalistas latinoamericanos sobre cómo llegaron a ser psicoanalistas y cómo ha evolucionado su pensamiento. El editor, Melvin Bornstein, escribe lo siguiente en el epílogo del número (p.715):

“Los autores sudamericanos escribieron más [que los norteamericanos] acerca de la matriz de pluralismo que ha contribuido a la naturaleza de su itinerario en llegar a ser psicoanalistas. Ellos parecen ser más sensibles a las demandas del pluralismo. Puede ser que esta mayor sensibilidad se relacione

con la naturaleza del ser sudamericano. Si esto es verdad, los analistas sudamericanos están preparados para hacer contribuciones únicas al psicoanálisis en el siglo 21, cuando uno de los desafíos mayores para el psicoanálisis será encontrar caminos para usar creativamente la gran pluralidad y diversidad”.

## LA DEPRESIÓN

Para terminar, quisiera traer a colación algunos conocimientos que, aun cuando provienen de campos ajenos al psicoanálisis, pueden contribuir a aumentar la plausibilidad de ciertas hipótesis psicoanalíticas por sobre otras, y así ofrecer respuestas a las preguntas que el libro plantea. Consideremos, por ejemplo, la pregunta que encabeza el título del libro, la depresión ¿es enfermedad o crisis? Aquí es interesante recurrir a la psiquiatría evolucionaria, enfoque recientemente renovado que intenta entender los fenómenos psicopatológicos desde el punto de vista de la teoría de la evolución. El mismo Darwin ofreció una hipótesis adaptativa de la depresión cuando afirmó, el año 1887, lo siguiente: *Un dolor o sufrimiento continuado, de cualquier tipo, causa depresión y disminuye el poder de acción. Sin embargo, ésta es una buena adaptación para proteger una criatura en contra de un mal mayor para el cual no se está preparado.* La psiquiatría evolucionaria se plantea actualmente las siguientes preguntas, a cuya respuesta el psicoanálisis tiene mucho que aportar: ¿Cuándo es la depresión un estado patológico sin función alguna (como la ictericia o la epilepsia), o una defensa adaptativa (como el dolor o la diarrea) o una defensa sobrepasada (como el dolor crónico o la deshidratación por diarrea)? Todos hemos tenido pacientes que caben dentro de estas categorías: pensemos por un momento en aquellos que después de un tratamiento analítico exitoso han crecido y madurado como personas, al reconocer y renunciar a los deseos inalcanzables impuestos desde un ideal del yo inflado. Por su parte, los hallazgos de estudios neurocientíficos en pacientes deprimidos activos versus los remitidos sugieren la siguiente hipótesis patogénica para la depresión, ampliamente aceptada y completamente compatible con las ideas psicoanalíticas: Nancy Andreasen, reconocida autora, la plantea así en un artículo de la revista *Science* de 1997: “Recuerdos de experiencias pasadas dolorosas son retenidos en regiones cerebrales como la amígdala o la corteza parietal y pueden permanecer latentes –constituyendo lo que en psiquiatría llamamos el “rasgo” y en psicoanálisis núcleo o fijación melancólica–, predisponiendo al individuo a desarrollar una depresión clínica –el “estado”–, sólo si



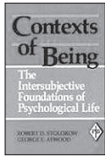
surgen factores adicionales". Consecuentemente, la depresión puede surgir como consecuencia de la respuesta plástica del cerebro/mente a las experiencias, y también puede remitir por manipulaciones farmacológicas o psicoterapéuticas de la plasticidad cerebral. Produce bastante impresión leer un artículo reciente de Charles Nemeroff, considerado un grande de la corriente biológica en psiquiatría. En el año 2005 escribió: "Los hallazgos sugieren que la actividad aumentada del eje HHS, repetidamente reportada en pacientes depresivos [por ejemplo, reducción del hipocampo], puede, de hecho, no ser debida a la depresión *per se*, sino más bien a los efectos persistentes del trauma temprano ... Una historia de experiencias de vida adversas tempranas fue un predictor más poderoso de concentraciones elevadas de CRF en el LCR que la adversidad durante la adolescencia o el diagnóstico de depresión mayor". Por cierto estos hallazgos recientes aumentan la plausibilidad de la teoría psicoanalítica en la patogenia en depresión. Lo que quiero decir es que, a mi entender, el estudio interdisciplinario de las condiciones depresivas constituye actualmente una oportunidad privilegiada para el diálogo del

psicoanálisis con las ciencias y las disciplinas cercanas. Con esto me refiero en especial a las neurociencias, pero también a la investigación en relación temprana madre-bebé y psicopatología del desarrollo y a la investigación en proceso y resultados en psicoterapia y psicoanálisis. Pero el diálogo es aún más amplio; la epidemiología psiquiátrica está sorprendida por la asociación entre trastornos de ansiedad y desórdenes depresivos. Creo que el psicoanálisis puede decir mucho sobre las relaciones dinámicas entre ambas condiciones, del mismo modo como los trabajos de Daniel Stern nos ofrecen modelos de interacción madre-bebé que explican el establecimiento de vulnerabilidades tempranas que, posteriormente, serán detectadas, por ejemplo, como "complejo de la madre muerta" (Green) o, directamente, como episodios depresivos en la edad adulta.

Para que tal diálogo interdisciplinario sea posible necesitamos obras como la que Winograd nos ofrece, que clarifican el panorama teórico y clínico de las condiciones depresivas y así permiten hacer las correlaciones posibles, todo esto sin invadir campos ajenos, pero tampoco sin perder el punto de vista psicoanalítico.

## 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)



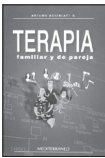
### LA ESQUIZOFRENIA CLÁSICA

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



### 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)



### 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)



### NO HUMANO, PERO INTELIGENTE

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)



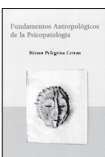
### MUJERES DEL MEDIEVO. SUEÑOS, MEMORIAS, IMÁGENES Y LEYENDAS

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



### 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)



### 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)



### AVANCES EN PSICOTERAPIA Y CAMBIO PSÍQUICO

Editores: Raul Riquelme Véjar y Edgardo Thumala Piñeiro  
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)



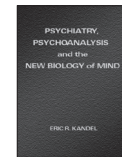
### IDEA MÉDICA DE PERSONA: LA PERSONA ÉTICA COMO FUNDAMENTO DE LA ANTROPOLOGÍA MÉDICA Y DE LA CONVIVENCIA HUMANA

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)



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

Autores: 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)



### 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)



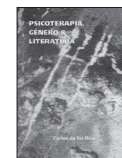
### TRASTORNOS DE PERSONALIDAD. HACIA UNA MIRADA INTEGRAL

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)



### 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)



### 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)



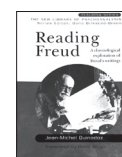
### SCHIZOPHRENIC SPEECH

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](http://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](http://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 EPILEPTICAS**

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



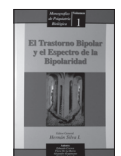
**LA TERCERA ETAPA. ENSAYOS CRÍTICOS SOBRE PSIQUIATRÍA CONTEMPORÁNEA**

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



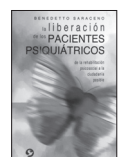
**LOS LAZOS DE AMOR. PSICOANÁLISIS, FEMINISMO Y EL PROBLEMA DE LA DOMINACIÓN**

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



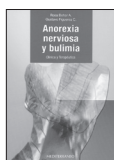
**LA LIBERACIÓN DE LOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS: DE LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL A LA CIUDADANÍA POSIBLE**

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: Mediterráneo, Santiago  
Comentario: Rev GPU 2007; 3; 1: 22-25  
Compra: : www.mediterraneo.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



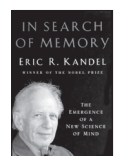
**SOBRE LA HOMOSEXUALIDAD**

Editores: Beatriz Zegers, María Elena Larraín y Francisco Bustamante  
Ed: Mediterráneo, Santiago  
Comentario: Rev GPU 2007; 3; 1: 29-32  
Compra: www.mediterraneo.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



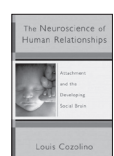
**IN SEARCH OF MEMORY**

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



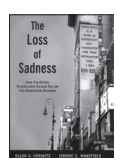
**LA MENTE. UNA BREVE INTRODUCCIÓN**

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



**THE NEUROSCIENCE OF HUMAN RELATIONSHIPS: ATTACHMENT AND THE DEVELOPING SOCIAL BRAIN**

Autor: Louis Cozolino  
W.W. Norton & Company, New York, 2006  
Comentario: Rev GPU 2007; 3; 3: 242-244  
Disponibile en: www.amazon.com



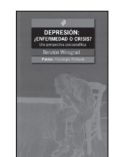
**THE LOSS OF SADNESS**

Autor: Allan V. Horwitz y Jerome C. Wakefield  
Oxford University Press, New York, 2007  
Comentario: Rev GPU 2007; 3; 3: 245-247  
Compra: www.amazon.com



**LAS EXPERIENCIAS DEL TÚNEL Y EL BARDO**

Autor: Sergio Peña y Lillo  
Ed. Grijalbo, Santiago, 2007, 174 pp.  
Comentario: Rev GPU 2007; 3; 3: 248-250  
Compra: www.randomhousemondadori.com.mx



**DEPRESIÓN: ¿ENFERMEDAD O CRISIS? UNA PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA**

Autor: Benzión Winograd  
Editorial Paidós, Buenos Aires, 2005, 312 pp.  
Comentario: Rev GPU 2007; 3; 3: 251-254  
Compra: www.paidos.com

## ENTREVISTA DE GACETA DE PSIQUIATRÍA UNIVERSITARIA

# MARIANE KRAUSE: LA PSICOTERAPIA AL MICROSCOPIO

(Rev GPU 2007; 3; 3: 258-265)

Mariane Krause realizó sus estudios de pregrado en la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Se doctoró en el Departamento de Psicología Clínica y Comunitaria del Instituto de Psicología de la Universidad Libre de Berlín. Actualmente es profesora titular de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile y Directora del Programa de Doctorado en Psicoterapia. Sus estudios han estado dirigidos fundamentalmente a los procesos de cambio psicoterapéutico, y han sido publicados en numerosos artículos, capítulos de libros y libros. Recientemente (2005) publicó la obra *Psicoterapia y Cambio: una mirada desde la subjetividad*, bajo el sello de Ediciones Universidad Católica de Chile, la que se ha transformado en un referente indispensable en el ámbito de la investigación empírica en psicoterapia. Gentilmente Mariane Krause accedió a dar esta entrevista a GPU y a responder abiertamente todas las preguntas formuladas.

**GPU:** *En su última obra usted no se refiere a los problemas epistemológicos que implica hacer ciencia en el campo de la psicoterapia. Sin embargo la ciencia no es un asunto obvio sino que está sometida a importantes controversias. A partir de esto, ¿dónde inscribiría usted su trabajo y cuál es la metodología general que usa en sus investigaciones? Estamos pensando en los conceptos de Chalmers de inductivismo, falsacionismo, estructuras y otros?*<sup>1</sup>

**MK:** Efectivamente, en el libro "Psicoterapia y Cambio: una mirada desde la subjetividad", mi opción epistemológica (y la consecuente elección de la metodología de investigación) permanece implícita, pero –en una segunda mirada– es muy evidente. La decisión de no rea-

lizar una discusión epistemológica explícita en el texto obedece al carácter del mismo, vale decir, a la intención de escribir un libro que fuera útil para el mundo académico y profesional, y a la vez interesante para el "lego instruido"; por lo tanto, se trata de un libro escrito en un lenguaje accesible, casi cotidiano, que distorsionaría su carácter con una discusión epistemológica.

Pero la exclusión de la perspectiva epistemológica es sólo aparente, ya que resulta visible desde el subtítulo "una mirada desde la subjetividad". Con esta frase me hago parte del "paradigma hermenéutico", que busca rescatar los significados que la "realidad" tiene para los actores sociales involucrados, con la finalidad de, a partir de allí, hacer una interpretación de segundo orden y construir un modelo de cambio por medio de la aplicación de metodologías de investigación cualitativas.

En Psicología, como en las Ciencias Sociales y, hasta cierto punto, en la ciencia en general, estamos –como bien lo expresa mi entrevistador– en medio de controversias paradigmáticas de las que derivan importantes

<sup>1</sup> Para una ampliación ver: Chalmers AF. What is This Thing Called Science?: An Assessment of the Nature and Status of Science and Its Methods. Open University Press, London 2004.

opciones metodológicas. Como sabemos, el *mainstream* de la Psicología ha sido fuertemente positivista, carente de cuestionamientos epistemológicos y reacio a entender el quehacer científico de un modo diferente al método hipotético-deductivo. No obstante, desde hace unos 25 años, la hegemonía de este paradigma se fue debilitando un poco, haciéndose la Psicología más permeable a otras opciones paradigmáticas y abriéndose a nuevas opciones metodológicas.

Así, a partir de los años ochenta, la Psicología comienza a experimentar una apertura hacia algunos paradigmas que en otras disciplinas gozaban de una ya larga trayectoria, como el hermenéutico (también llamado interpretativo) y el entonces reciente paradigma constructivista. Un clásico de este giro epistemológico fue el libro de Egon Guba, "El Diálogo de los Paradigmas", que, junto con el rescate de planteamientos de la Sociología Comprensiva y de la Antropologías inspiró a muchos colegas en la búsqueda de nuevas formas de hacer ciencia en Psicología.

Evidentemente –y al igual que en todas las disciplinas científicas– el giro epistemológico implicó la puesta en cuestión de los supuestos acerca de lo que "es" la realidad incorporándose la noción de "construcción de realidad", ya sea desde la perspectiva hermenéutica, porque se empezó a rescatar la importancia de los elementos subjetivos en la construcción del significado de la realidad, o más radicalmente, desde la perspectiva constructorista, cuestionándose per se, como lo hace Kenneth Gergen, la existencia de la "realidad independiente" y con ello la de persona y la de identidad, entre muchas otras. Desde las nuevas posiciones relativistas se cuestiona también la relación entre el investigador y lo investigado, en particular la posibilidad de que lo segundo pueda ser independiente de las características del primero, o de sus métodos. Dicho de otro modo, se comienza a aceptar que en todo conocimiento científico hay construcción desde el investigador, o desde el método, siendo imposible la objetividad.

Estas nuevas visiones tienen un fuerte impacto metodológico, permitiendo la incorporación de metodologías cualitativas en la investigación psicológica, entre otras la psicoterapéutica, por ser éstas más apropiadas para reconstruir comprensivamente las visiones de los "investigados", más flexibles para su uso en diseños eclécticos, postmodernos, que incorporen diferentes técnicas de recolección y análisis de datos, o más apropiados para el desarrollo de modelos conceptuales "desde la base" (vale decir la experiencia, o el dato empírico). Respecto de esto último, y ya que el famoso libro de Chalmers fuera aludido en la pregunta, cabe precisar que precisamente esta aplicación de

la metodología cualitativa, la que busca desarrollar modelos teóricos, no se queda prisionera en un inductivismo ingenuo sino que combina aspectos inductivos y deductivos en construcciones que no desconocen la fractura –posible de disminuir pero nunca de superar totalmente– entre el dato empírico y la teoría.

El inductivismo –al menos como procedimiento único para generar conocimiento científico– es tema del pasado en la ciencia actual. Si bien los procedimientos de análisis cualitativo lo utilizan, es solamente un momento en un proceso de análisis más complejo, que combina pasos inductivos con deductivos y, sobre todo, con la falsación de hipótesis emergentes. En principio –y aunque no sea más que un "ideal regulatorio", como diría Guba– estoy con Karl Popper en cuanto a que todo conocimiento es momentáneo, un "mientras encontramos nuevas evidencias", y que es más segura la falsación que la comprobación. Sin embargo, como bien señala Chalmers, ello no resuelve el problema de la dependencia entre "observador y observado", ya que también en la falsación no existe la observación (o medición) pura o neutra: ella siempre lleva el sesgo de la teoría y del método. Por lo tanto, tampoco el rechazo de una teoría (la falsación) es seguro.

**GPU:** *No es infrecuente escuchar opiniones críticas respecto de la investigación empírica en psicoterapia, especialmente de parte de psicoterapeutas que abrazan complejas teorías del funcionamiento mental y de la forma de operación de la psicoterapia<sup>2</sup>. Nos referimos, por ejemplo, a quienes siguen una inspiración lacaniana, junguiana, kleiniana, freudiana clásica o bioniana, por citar algunos ejemplos. Algunos sostienen que es imposible dar un formato empírico a tales teorías, pues no sólo no fueron formuladas para tal efecto sino que no pueden ser simplificadas hasta un nivel de hipótesis falsables sin perder la esencial complejidad que abordan. Por lo tanto, no pueden ser probadas ni refutadas. ¿Qué sentido real tiene entonces la investigación empírica en esta área, si, por así decirlo, al igual que en la física de partículas, se corre el riesgo de modificar seriamente el objeto de estudio al tratar de medirlo?*

**MK:** Bueno, aquí tenemos el ya mencionado problema de la dependencia entre "observador y observado", o dicho en otros términos, entre método y objeto. Al respecto, creo que lo importante es entender que el "dato", o la "evidencia empírica" siempre serán parciales y artificiales. Sin embargo, esto no es justificación válida

<sup>2</sup> Ver por ejemplo entrevista de GPU a Otto Kernberg en el Vol 3, Nº 1, Marzo de 2007

para abandonar la empresa científica, o para prescindir por completo de sus criterios de rigor. En relación a este problema me viene a la mente una metáfora citada por el gran antropólogo Clifford Geertz en uno de sus libros, que dice algo así como: pretender prescindir de todo dato empírico por el hecho indudable de que no puede lograr la objetividad absoluta sería equivalente a realizar una operación quirúrgica en una cloaca, ya que la asepsia, la ausencia absoluta de gérmenes, es imposible de lograr.

En cuanto a la parcialidad del dato empírico, efectivamente, hay una fractura, una porción de incomparabilidad, entre las teorías y las evidencias empíricas que pretenden contrastarlas. La equivalencia es imperfecta tanto en cuanto a la envergadura de ambas como en relación con su complejidad.

No obstante, si prescindimos de toda contrastación empírica de las teorías, negando completamente la utilidad de los métodos empíricos, por ser éstos imperfectos, estamos optando –como en la metáfora de Geertz– por prescindir completamente de la asepsia en una cirugía. Con ello liberamos a nuestras teorías de la “obligación” de ser contrastadas, prescindiendo completamente de su dimensión científica. Como consecuencia de ello, tendremos teorías “autistas”, incapaces de entrar en diálogo con otras teorías, o con la experiencia, que irán quedando como “elefantes blancos” en las orillas del camino del desarrollo científico, ya que no son capaces de evolucionar. Entonces, me parece que ni el argumento de la imposibilidad de objetividad, ni el argumento de la incomparabilidad entre teoría y dato empírico, debieran ser usados como excusas para no hacer ciencia.

Habiendo aceptado las limitaciones de la ciencia, pero persistiendo en optimizar su lógica y sus métodos, podemos afirmar que, si bien es cierto que teoría completa habitualmente no puede ser aceptada o refutada empíricamente, es más rentable (para la ciencia, no necesariamente para la carrera del investigador) invertir en lo segundo, por lo que los esfuerzos de los diseños a investigación (haciendo caso a Popper) debieran intencionadamente exponer a las teorías a la posibilidad de ser refutadas. Si la refutación es exitosa, hemos avanzado en el conocimiento (al menos en cuanto a lo que NO ES); si fracasa, no es que hayamos comprobado nuestra teoría sino que por el momento no tenemos argumentos para rechazarla y por ende la mantendremos por un tiempo, buscando someterla a nuevas contrastaciones.

Ahora bien, éste es el planteamiento de un “ideal regulatorio”, que suena ingenuo a quienes llevamos tiempo trabajando en investigación, porque si revisamos los hechos de nuestra producción científica en las

revistas especializadas, sin duda se invierte más esfuerzo (y se obtienen los laureles) en comprobar la hipótesis que en rechazarlas, considerándose más digno de publicación lo primero que lo segundo.

Digamos, entonces, que estamos frente a un problema que tiene que ver con el grado de científicidad de la ciencia, incluidos sus modelos conceptuales, pero pienso que más vale la pena invertir en sofisticación y creatividad metodológica para aportar al desarrollo de conocimientos que se basen en la interacción con la realidad (subjética, u objetiva, construida o no), que en olvidar la empresa con el argumento que ya que la perfección es imposible, no vale la pena que intentemos hacer ciencia.

En aras de la consecuencia en lo epistemológico, quisiera también mostrar que cuando se me pregunta por la falta de independencia entre los resultados de la investigación y el método, por la “construcción” que los últimos hacen del objeto de estudio, la verdad es que la misma pregunta lleva implícita una visión positivista, ya que supone que existe algo así como una realidad objetiva, la que el método, entonces, amenazaría con distorsionar. Yo creo que –más evidentemente en el mundo de las ciencias humanas y sociales, pero también las ciencias naturales– nada de lo que nos ofrezca la “realidad” es visible (o medible) si no es a través de algún objeto de medición, y éste, entonces, imprime inevitablemente sus coordenadas en lo observado o estudiado. Pero la inescapabilidad de la dependencia del observador y lo observado, al igual que en la metáfora de la cirugía, tampoco es excusa para no intentar observaciones-mediciones-evaluaciones de mejor calidad, o combinaciones (triangulaciones) de éstas, para aumentar las coordenadas en que la realidad (suponiendo que ésta exista –aunque en esencia sea indeleable en su totalidad y complejidad–) pudiera “expresarse”. Para traer a esta discusión el concepto de Humberto Maturana, los diseños metodológicos serán mejores en tanto maximicen la posibilidad de que el conocimiento existente sea “perturbado” al contrastarlo con evidencias provenientes de la “realidad entre paréntesis”.

Por último, ya que mi interlocutor mencionó algunas teorías o escuelas terapéuticas particulares, puedo contestar que he podido observar, en el caso del Psicoanálisis en particular, una interesante evolución y apertura hacia la investigación en las últimas décadas.

Pero tanto para el caso del Psicoanálisis, como de cualquier otra teoría, la apertura a la investigación implica aceptar el reto de –potencialmente– tener que transformar la teoría. El problema más grave, en términos del desarrollo científico, acontece cuando una teoría se considera un “asunto terminado”. El conocimiento

científico debe estar en constante evolución, revisión y transformación; por lo tanto una teoría “congelada” pasa a ser la antítesis del conocimiento científico.

**GPU:** *La eficacia absoluta de la psicoterapia (respecto del no-tratamiento), está hoy sólidamente documentada. El punto en discusión es acerca de qué aspecto de ella pudiese explicar ese resultado. La eficacia relativa (entre distintas formas de psicoterapia), después de muchos esfuerzos empíricos de evaluación, ha concluido en el conocido efecto Dodo, también llamado “la paradoja de la equivalencia”; es decir, la comprobación de que todas las formas de psicoterapia evaluadas son igualmente eficaces. Después de muchos años de esfuerzo en investigar los factores específicos en psicoterapia, los meta-análisis de los últimos años han tirado del mantel: en vez de validar las hipótesis y predicciones relacionadas con esos factores específicos, han validado las hipótesis nulas para cada una de tales predicciones. La eficacia de la psicoterapia depende en un 70% de factores “generales”; y sólo en un 8% de factores técnicos específicos. De este conjunto de resultados empíricos surgió lo que se ha llamado “modelo contextual”.*<sup>3</sup>

*Sin embargo, negados los ingredientes técnicos específicos en esta gran síntesis de resultados empíricos, ¿no se podría pensar que lo que se ha validado es la psicoterapia silvestre o del perogrullo? ¿No tendería eso a la aniquilación de la psicoterapia profesional, en la medida en que bastaría, para ser psicoterapeuta, con un pequeño entrenamiento en actitudes básicas?*

**MK:** Frente a la afirmación, basada empíricamente, de que “La eficacia de la psicoterapia depende en un 70% de factores “generales”; y sólo en un 8% de factores técnicos “específicos”, mi primera reacción es cuestionar todo lo que está implícito en ella, lo que nos remite a algunos temas discutidos en mis respuestas anteriores. Esta chocante evidencia, y otras que, por ejemplo, nos hablan de la modesta porción de la varianza del éxito terapéutico que –en general– logramos explicar con nuestros estudios, es el momento preciso para recordar el aspecto de incomparabilidad entre teoría y evidencia empírica o la inevitable construcción que el método hace del objeto, para preguntarnos ¿qué se está entendiendo y cómo se está midiendo la eficacia de la terapia?; ¿qué se está entendiendo por, y cómo se están midiendo, los factores “generales” y los “factores técnicos específicos”. Las preguntas a estas respuestas ayudan a desmitificar el carácter de “verdad absoluta”

que parece inherente a estos resultados, los relativiza, ya que son válidos en determinado contexto conceptual y metodológico. La ventaja que tiene este cuestionamiento es que nos abre a nuevas posibilidades de entendimiento e investigación del fenómeno.

En mi caso particular, la limitación de estas “evidencias” a su contexto de producción me ha permitido persistir, durante los últimos años, en la tarea de develar elementos cruciales para el éxito terapéutico justamente en el nivel de las técnicas específicas. Pero ello ha implicado cuestionar, en primer lugar, lo que se ha entendido por específico, para buscar –no en lo que las diferentes escuelas dicen que hacen, ni en lo que se señala en manuales de psicoterapia– sino a través de la observación directa de prácticas terapéuticas de diferentes Escuelas, elementos específicos que pudieran relacionarse con el cambio.

En diversas publicaciones lo “específico” (lo que no es factor común) son aquellos procedimientos ligados a escuelas terapéuticas particulares –respecto de las cuales la investigación ha demostrado lo estéril que resulta la búsqueda de diferenciación–. A partir de esta conceptualización de lo específico se descuidó el estudio de mecanismos particulares (por ejemplo de las interacciones terapéuticas) que pudieran ser responsables del cambio.

Replantearnos la definición de lo específico, desligándolo de las escuelas terapéuticas particulares, nos ha llevado –con mi grupo de investigación– a unir la noción de “factores comunes” con la búsqueda de los mecanismos, procesos y acciones responsables del cambio, buscando aspectos específicos para, también en este nivel, aumentar el conocimiento disponible.

Para tal efecto estamos estudiando el proceso terapéutico a través de la determinación de episodios de cambio (y también su opuesto: episodios de estancamiento) con la finalidad de profundizar en las interacciones terapéuticas ligadas al cambio. Nuestro propósito ha sido estudiar, en la interacción terapéutica, las intervenciones específicas, tanto del terapeuta como del paciente, en distintos contextos terapéuticos y a través de diferentes modalidades psicoterapéuticas.

Entonces, estamos lejos de considerar que los ingredientes técnicos específicos son poco importantes. Más bien pensamos que lo técnico-específico, aquello que nos diferencia de la “psicoterapia silvestre o de perogrullo”, como dice mi entrevistador, han sido insuficientemente estudiados. No olvidemos que los factores comunes, que serían los mayormente responsables del cambio según diversas investigaciones –entre ellas la citada en la pregunta– tampoco explican una proporción tan importante de la varianza total en cuanto

<sup>3</sup> Wampold B. *The Great Psychotherapy Debate*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers, New Jersey, 2001.

a resultado terapéutico. Mi pronóstico es que iremos descubriendo más y más de los ingredientes activos de la terapia, lo que redundará en volver a dar importancia del dominio técnico al entrenamiento en la aplicación de “aquello que funciona”.

**GPU:** *Los factores de cambio comunes a las distintas escuelas psicoterapéuticas incluyen, de manera central, a la “alianza terapéutica”, además de otros factores, como el encuadre psicoterapéutico, la forma de la interacción, y otros<sup>4</sup>. En acuerdo con los análisis de evidencia empírica de Wampold<sup>5</sup>, podría decirse que, junto a la alianza terapéutica, son relevantes la “creencia” y la “consistencia”. Es decir, para que la psicoterapia sea efectiva el paciente y el terapeuta deben creer firmemente en el modelo al que adhieren, ser consistentes con él, y mediante él, generar una alianza de trabajo<sup>5</sup>. Por lo tanto, todos los involucrados en el proceso deben creer –dentro de cierto rango de interpretación personal– en los ingredientes específicos que el modelo prescribe teóricamente, y ser capaz de encarnarlos coherente y personalmente en la acción técnica psicoterapéutica, único modo de sostener una alianza terapéutica más o menos estable. ¿No significa esto que el modelo contextual es eficaz en la medida en que se cree en algún modelo de factores técnicos y teóricos específicos, y por lo tanto, depende de ellos? ¿No habría aquí una segunda gran paradoja, a la que podemos denominar “paradoja de la creencia”?*

**MK:** Un colega, psicólogo y psicoterapeuta, a este respecto, invierte la expresión popular “ver para creer”, afirmando que habría que “creer para ver”.

Mi respuesta a la pregunta es que la misma creencia es objeto central del cambio psicoterapéutico. En mi libro hablo de la transformación de teorías subjetivas (las que incluyen creencias). No es que el paciente tenga que primero creer, para luego cambiar. La fe en la teoría terapéutica y en las técnicas utilizadas no es un “a priori” sino que se construye durante el proceso terapéutico. Solamente uno de los dos, el terapeuta, estará convencido desde el principio de su teoría y su técnica (y como decía Jerome Frank, hace ya unos 40 años, su convicción es ingrediente activo para el cambio). El paciente irá adquiriendo esta convicción durante el proceso. Es un producto del cambio, pero a la vez pasa a ser un ingrediente de éste.

**GPU:** *Usted ha investigado los fenómenos psicológicos que anteceden a la búsqueda de ayuda profesional. Ha destacado en esta etapa, por una parte, lo que usted llama “confrontación con los propios límites”, refiriéndose con esa expresión a los límites de la resistencia emocional, y por otra, al fracaso para dar abasto con dicha situación límite (to cope with). Esta descripción coincide plenamente con la concepción biológica de estrés, el que consiste en una adaptación frente a las exigencias a las que está sometido un ser vivo. Si la adaptación fracasa, el ser vivo se enferma y en el extremo muere. Si logra adaptarse vuelve a un cierto estado de equilibrio. ¿Significa lo señalado por usted que la solicitud de ayuda en el ámbito de la salud mental está desencadenada principalmente por reacciones emocionales al ambiente, es decir, las así llamadas stress related diseases? Sobre el mismo tema, ¿no buscan las personas ayuda por estados de malestar de muy diversos orígenes (definidos luego profesionalmente como síntomas o signos clínicos)? La definición que usted ocupa, ¿no es más una interpretación dinámica de ese estado que una descripción fenoménica?*

**MK:** No, mi utilización del modelo del estrés tiene sus bases iniciales en la descripción del fenómeno de la vivencia, de los consultantes, en sus procesos de búsqueda de ayuda. Las personas entrevistadas en diferentes contextos culturales y diferentes países, inevitablemente relataban situaciones de crisis como antecedentes previo a su situación de búsqueda de ayuda. Ahora bien, el modelo de crisis, con su dimensión de afrontamiento incluida, no implica la visión unilateral de un individuo reaccionando frente a demandas ambientales; al menos no en sus acepciones psicológicas como las desarrolladas, por ejemplo, por Caplan o Lazarus, sino que es un modelo interaccional, en el que encontramos aportes tanto del individuo como del medio. La crisis se va gestando en un complejo interjuego entre las disposiciones personales (individuales, construidas históricamente) y las demandas externas. Por ende, no puedo más que coincidir con la afirmación de mi entrevistador, quien señala que “las personas buscarían ayuda por estados de malestar de muy diversos orígenes”. Efectivamente, los orígenes son muy diversos, pero subjetivamente viven la situación previa a la búsqueda de ayuda como “crisis”.

**GPU:** *Usted concibe los “problemas psicológicos” como una construcción que realizan los psicoterapeutas (imaginamos que también los médicos u otros profesionales de salud que derivan pacientes a centros de salud mental) y que, en los consultantes está fuertemente influenciada por los conceptos sociales (medios de comunicación), de modo que si no está definido a ese nivel no constituirá*

<sup>4</sup> Orlinsky y Howard. Process and outcome in psychotherapy. En: AE Bergin (Eds) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Wiley, New York, 1986.

<sup>5</sup> Para un análisis más detallado, ver Ojeda C. Modelos, Teoría y Psicoterapia. Rev GU, 2005. 1:102-107



un motivo de consulta. También sostiene que hay una asociación entre “ayuda psicológica y locura”, y que los medios de comunicación han incorporado nuevos términos en el ámbito psicológico que “contrarrestan dicha asociación”. Parece de sentido común pensar que el lenguaje técnico profesional y científico no se sobrepone con los conceptos culturales en un periodo determinado. De hecho el “pasma”, el “mal de ojo” y el “encono” eran parte de la medicina científica en siglos pasados, y hoy continúan siendo categorías de uso corriente en las personas, aunque ya hace mucho la medicina las abandonó. Lo señalamos, porque “locura” pertenece a ese mismo estrato y es un residuo de las “frenitis” griegas o las “folies” de la Francia del siglo XVIII, y ya no tiene un sentido profesional. En cambio, “problema psicológico” es un concepto relativamente reciente. ¿No tiene esto que ver con la “psicologización” de los conflictos personales y sociales que se observan en la vida contemporánea, en el sentido de experiencias normales pero que se han transformado en “necesitadas de ayuda profesional”?

**MK:** Evidentemente, lo que constituye un “problema psicológico” dependerá del contexto cultural (o sub-cultural) e histórico. Pero estos contextos también están permeados por la ciencia, como lo demuestra, por ejemplo, el clásico estudio de Serge Moscovici sobre la incorporación del Psicoanálisis a las representaciones sociales en la vida cotidiana francesa de los años cincuenta y sesenta.

También pueden entremezclarse representaciones más tradicionales con otras, “nuevas”, alimentadas desde la ciencia. Así se explica, por ejemplo, cómo en una de las investigaciones que nutrieron el libro *Psicoterapia y Cambio*, se mostró que en la población chilena coexistía el concepto de locura con el de problema psicológico más propio de la vida cotidiana.

Estando de acuerdo con mi interlocutor en los puntos anteriores, rechazaría, sin embargo, su última afirmación relativa a que hoy en día estaríamos asistiendo a la psicologización de conflictos personales que en el pasado habrían sido significados como “experiencias normales” de la vida cotidiana.

Por una parte, la Psicología siempre ha jugado un rol en el sentido de ayudar a las personas a lidiar con situaciones de la vida cotidiana. La diferencia entre antes y ahora está meramente en quién la ejerce. En el pasado estaba más ligada a la labor que ejercían sacerdotes, en algunas sociedades, y curanderos en otras, mientras ahora la ejercemos los profesionales. Vale decir, el rol de prestar apoyo en asuntos de la vida cotidiana siempre ha existido.

No obstante lo anterior, creo que la necesidad de este apoyo ha aumentado en nuestras sociedades ac-

tuales. Para sostener esta afirmación me baso en las hipótesis sociológicas y psicológico-sociales que afirman que el individuo, hoy en día, estaría sometido a un llamémosle estrés que antaño no vivía. Me estoy refiriendo a planteamientos, como los encontramos por ejemplo en los trabajos del sociólogo Ulrich Beck, del psicólogo social y comunitario Heiner Keupp, o del psicólogo social Kenneth Gergen, quienes (desde perspectivas parcialmente diferentes, pero complementarias) afirman que la vida cotidiana de nuestra modernidad tardía o postmodernidad somete al individuo a exigencias antes no vistas. El individuo actual estaría viviendo en una situación de relativa anomia, con múltiples posibilidades de ser (o de identificarse con), un debilitamiento de las redes sociales y de sus pertenencias a categorías sociales determinadas, quedando enfrentado, frágilmente –sin la mediación y amortiguación de un grupo social único de pertenencia y referencia– a las instituciones sociales y a ofertas de identidad y de proyectos vitales múltiples y diversos. El impacto de esta transformación social en el individuo llevaría a una mayor necesidad de ayuda profesional.

Entonces, a mí me parece que el problema no es que estemos ante una sociedad “quejosa”, en la que cualquiera va al psicólogo o psiquiatra por problemas que antes las personas resolvían solas –como que hubiéramos perdido el estoicismo de las generaciones anteriores, sucumbiendo a una “hipocondría psicológica”– sino que estamos frente a los efectos psicológicos de transformaciones socio-culturales profundas. El amarre o inclusión (*Eingebundenheit*, en alemán) del individuo en redes y normas sociales es hoy más laxo; como dice Beck, estamos ante un avanzado proceso de individualización. Somos parte de un contexto postmoderno, como agregaría Gergen (y también Keupp), en que el individuo es demandado a construir su propia identidad. En este contexto la demanda sobre la psiquis individual es mucho mayor que antaño, y los profesionales de la salud mental somos los llamados a jugar un rol regulatorio, facilitador del proceso individual de construcción de identidad. Esto nos diferencia de los profesionales y no profesionales que ocupaban dicho rol en el pasado: en ellos estaba acentuado el control de las desviaciones psicológicas y sociales; en nosotros, si bien este aspecto sigue presente, se agrega nuestra labor de apoyo a proyectos existenciales en un mundo en que hay muchas posibilidades de “ser”.

**GPU:** Su planteamiento central respecto del cambio psicoterapéutico es que ocurre en un nivel “subjetivo”, es decir, en la dimensión de las “representaciones”. ¿Podría señalar qué entiende usted por tales conceptos? Se lo

preguntamos porque ambos términos tienen una larga y controvertida historia. Sólo a modo de ejemplo, la idea de representación ha sido fuertemente objetada en algunas ramas de las ciencias cognitivas que se oponen a los conceptos computacionales de la mente<sup>6</sup>. El concepto de subjetivo, por su parte, es lo relativo al "sujeto", que se origina en el prefijo "sub", que en latín significa "bajo", "debajo", y al mismo tiempo sujeción a algo (por ejemplo a alguna forma de autoridad): así dicese *subiectus* tanto a los "lugares bajos, a los valles, como a la persona sumisa".

**MK:** La palabra representación tiene dos acepciones: una que alude a una suerte de "copia mental" de la realidad y otra que alude a la construcción de realidad, como sería, por ejemplo, una representación teatral. El concepto representación que utilizo proviene de la Teoría de las Representaciones Sociales de Serge Moscovici y, por ende, contiene el aspecto de construcción. El término "subjetivo", por su parte, utilizado en el contexto del concepto de Teorías Subjetivas de Norbert Groeben, se refiere al mundo de los significados propios del "sujeto", vale decir, de la persona. El término "sujeto", en este caso –y es así como se usa en general en las ciencias humanas y sociales– contiene una opción ideológica, en el sentido de que pretende diferenciarse del estudio de los seres humanos como "objetos", para entenderlos como actores (responsables) de su hacer en un contexto social e histórico determinado.

Ahora bien, a fin de responder a la provocación incluida en la pregunta, en relación con el término "sujeto", me parece que, si bien puede ser interesante rastrear los orígenes epistemológicos de las palabras –y en ocasiones resulta esclarecedor– desde la visión a la que intento ser fiel, las palabras, los términos, obtienen y mantienen su significado a través de su uso; un uso determinado social, cultural e históricamente. Así, hay una tradición en el estudio de la psiquis humana que entiende lo subjetivo como relativo a los significados que la realidad tiene para las personas. En este contexto los términos "subjetividad", "visión subjetiva" (*subjektive Sicht*, como diría Jarg Bergold, o Uwe Flick) o visión del sujeto, son conceptos que desde los años 1980 en adelante se transformaron en verdaderas banderas de lucha al interior de la psicología europea (es interesante ver el vínculo actual de Daniel Stern con esta corriente), que va en rescate del mundo de significados que sostienen y comparten las personas, resistiéndose a las prácticas científicas que los transforman en "objetos"; y que pretenden desconocer el hecho que las personas

actuamos no en función de la "realidad objetiva" sino en función de los significados que para nosotros tiene esta realidad.

**GPU:** Usted habla de "teorías subjetivas" refiriéndose a las construcciones psicológicas que las personas hacemos de nosotros mismos, de nuestras relaciones interpersonales, de nuestra capacidad para enfrentar conflictos, y también de lo que somos biográficamente. Esto es lo que cambia con el proceso psicoterapéutico, el que otorga una nueva y orientada mirada sobre sí mismo y las circunstancias. Este proceso está estrechamente relacionado con la identidad, la seguridad, la autoestima y otras construcciones del mismo ámbito. Otros autores<sup>7</sup> hablan de "narrativas", y se refieren con ello a la capacidad del hemisferio izquierdo, y especialmente del cerebro social, para crear historias que le den coherencia al self social. El hemisferio izquierdo ha sido denominado "el gran narrador". Sin embargo, la vida emocional, especialmente los patrones de apego, están más vinculados al hemisferio derecho y al desarrollo inicial pre-lingüístico, y por lo tanto, son básicamente inconscientes<sup>8</sup>. Da la impresión que su obra se refiere a lo subjetivo entendido como los fenómenos de la conciencia y de la memoria explícita. ¿Qué papel juegan en sus desarrollos teóricos el concepto de inconsciente y la relación entre "narrativas" y "patrones de apego"?

**MK:** Las relaciones de apego no forman parte del objeto de análisis del libro *Psicoterapia y Cambio*, si bien se podrían aventurar algunas hipótesis a partir del planteamiento central de éste, para –en el futuro– someterlas a evaluación científica.

Otro aspecto señalado en la pregunta es la relación entre Teoría Subjetiva y Conciencia. Al respecto, quisiera enfatizar que nuestras representaciones del mundo y de nosotros mismos, nuestras Teorías Subjetivas, no son necesariamente conscientes. Esto, de hecho, redundaría en uno de los mayores problemas metodológicos a la hora de estudiarlas. Por ejemplo, la técnica de reconstrucción de Teorías Subjetivas (*Struktur-Legetechnik*) que desarrolló Norbert Groeben, creador del concepto, y que implica una interacción entre investigador e investigado, ha sido cuestionada porque al intentar reconstruir las Teorías Subjetivas lleva a la conciencia elementos previamente no conscientes e

<sup>6</sup> Varela F. *Conocer*. Gedisa, Barcelona, 1990; *De Cuerpo Presente*. Gedisa, Barcelona, 1992.

<sup>7</sup> Cozolino L. *The neuroscience of Psychotherapy*. Norton & Company, New York, 2002.

<sup>8</sup> Schore, A. *Affect Regulation and Repair of the Self*. Norton & Company, New York, 2003, y *Affect Dysregulation*, Norton Company, New York, 2003.

incluso, posiblemente, construya “teoría subjetiva” donde previamente no la había. En los estudios que nutrieron el libro *Psicoterapia y Cambio* no trabajé con esta técnica, optando por la reconstrucción de Teorías Subjetivas desde el investigador, a partir de narraciones de los consultantes (actualmente hemos ampliado esta perspectiva, trabajando principalmente con observaciones del proceso terapéutico). En el caso de la reconstrucción de Teorías Subjetivas sin interacción con el investigado, o en el de la observación, el método es menos invasivo, pero igualmente “transforma” el objeto de estudio (cuestión inescapable) a través de los sesgos de los investigadores; pero, al menos, permite reconstruir aspectos menos conscientes o no conscientes de las Teorías Subjetivas de los investigados, ya que sus contenidos “no tienen que pasar por la conciencia” de éstos para ser reconstruidos.

También resulta importante subrayar que las Teorías Subjetivas no contienen solamente elementos cognitivos sino incluso emocionales, valóricos y actitudinales.

En cuanto a la comparación entre Teorías Subjetivas y “Narrativas”, hay evidentemente cierta superposición en cuanto al objeto de análisis, pero ambos conceptos se sostienen en epistemologías diferentes. El concepto de Narrativa (al menos en la acepción que me es más familiar), está anclado en una epistemología postmoderna, radicalmente constructivista o constructorista, que no admite elementos estructurales, ya sea de la psiquis o de lo social. En contraste, las Teorías Subjetivas, si bien flexibles y potencialmente cambiantes, se consideran más estables que discursos que surgen en contextos particulares, atribuyéndoseles un carácter más estructural en la composición de lo psíquico. Por lo mismo, resulta interesante estudiar cómo se transforman a través de la psicoterapia.

Volviendo al tema de la conciencia, quisiera entonces subrayar que lo subjetivo no lo estoy entendiendo como meramente referido a fenómenos de la conciencia o de la memoria explícita. Las Teorías Subjetivas contienen elementos no verbales (y posiblemente pre-verbales, aunque esto último deberá ser materia de futuras investigaciones), consideran el conocimiento implícito –o “tácito”– como lo denominara Polanyi, un clásico de los años 1950. Una de las tareas terapéuticas, en la que coinciden diferentes escuelas, ha sido justamente develar los contenidos implícitos.

**GPU:** Sabemos que Ud., junto a otros académicos de su universidad (PUC), de la Universidad de Chile y la Universidad de Heidelberg, ha impulsado el programa de Doctorado Internacional de Investigación en Psicoterapia.

*¿Podría explicar cuáles son las razones que sostienen tal esfuerzo en el contexto del desarrollo de la investigación en psicoterapia en nuestro país?*

**MK:** Puesto en una frase: la razón es el interés por favorecer el desarrollo de la práctica psicoterapéutica científicamente fundada. Al decir esto estoy intencionalmente evitando el término “basada en la evidencia” ya que, como espero resulte visible a lo largo de esta entrevista, mantengo una visión de la ciencia que se distancia de un entendimiento ingenuo de lo que es la “evidencia”.

Otra razones para invertir tanta energía en el desarrollo de este programa de doctorado son el amor profundo por la investigación clínica y psicoterapéutica, que me lleva a desear que ésta florezca a través de personas sólidamente formadas, que practiquen la ciencia con pasión, rigor, autocrítica y amplitud de criterio en cuanto a los métodos.

Chile ha evolucionado mucho en el campo de la investigación en psicoterapia durante los últimos 15 años, pero la madurez la alcanzará sólo en tanto sea capaz de producir no sólo conocimientos sino una generación de investigadores jóvenes que garanticen la sustentabilidad de este ámbito de investigación en el tiempo.

Por último, debo agregar que me causa una satisfacción personal que este programa sea multidisciplinario, vale decir, que vincule la Psicología, la Psiquiatría y las Neurociencias, rompiendo así con barreras disciplinarias que poco contribuyen al desarrollo del conocimiento y de nuestras prácticas en el campo de la salud mental.

**GPU:** Le agradecemos a nombre de los lectores de GPU el haber contestado nuestras preguntas. Si usted desea agregar algo que estime importante, puede hacerlo sin ningún problema.

**MK:** Soy yo la que quisiera agradecer esta oportunidad de presentar mi pensamiento sobre la investigación en psicoterapia en el marco de una entrevista para la revista *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*. Me agrada esta posibilidad de participar activamente en debates de relevancia científica y profesional y destaco el rol que vuestra revista ha comenzado a tener en ellos.

La entrevista misma me permitió reflexionar sobre las bases y la historia de mi quehacer actual; eso es probablemente lo que más debo agradecer: me obligó a detenerme por un momento, a mirar hacia atrás, a tomar conciencia de que, luego de años de haber dejado en el armario las banderas de la disputa epistemológica, aún podía rescatar elementos identitarios importantes en ella.

## TEORÍA

# REFLEXIONES SOBRE LA NATURALEZA DEL SER HUMANO Y LOS DISTINTOS DISCURSOS SOBRE SU ENFERMAR PSÍQUICO: EL APORTE DE LA MIRADA SISTÉMICA

(Rev GPU 2007; 3; 3: 266-275)

Sergio Bernales

**¿Tiene el modelo sistémico algo que ofrecernos a nivel de la psicopatología? Lo sistémico es un modelo que se define por lo contextual y por lo relacional. En términos de la persona que padece algún tipo de sufrimiento psíquico dos son sus referentes básicos con respecto al modelo: la familia y la pareja. En un nivel tiene que ver con la organización: la familia, en cuanto ser un sistema de pertenencia afectiva e identitaria fundamental (más allá del tipo particular de organización que ostente). En otro tiene que ver con el tipo de interacción que se despliega entre los seres humanos, según tienda a la simetría o a la complementariedad. Consecuente con lo anterior, dos son los elementos que este modelo puede aportar a la psicopatología. Por un lado, las alteraciones de la pertenencia a la organización ya sea porque ésta es muy rígida o porque es muy caótica, la primera por los límites demasiado cerrados a los que obliga a sus miembros, la otra por ser muy difusos y poco contenedores. Por el otro, la alteración en el tipo de interacción que dos o más personas pueden experimentar con respecto a la simetría (definida como el propósito de mantener la igualdad entre las partes) y que se expresa en la escalada simétrica; y la complementariedad (definida como el propósito de mantener las diferencias entre las partes) y que se expresa en la rigidez con que se mantiene el complemento.**

**S**in embargo, antes, lo contextual relacional del ser humano se juega en otras distinciones: una de ellas, y de manera fundamental, es la relación entre la naturaleza humana y las normas en las que el ser humano vive con los otros.

La primera alude a la organización en cuanto ser vivo que se distingue de otros seres vivos.

La segunda alude al hecho de interrogar a esa naturaleza humana según cánones propios del avance de lo humano en términos de la cultura en que vive.

La primera puede regirse por principios evolucionistas; la segunda lo hace mejor en términos reflexivos, fenomenológicos e interpretativos. La primera se fija en el desarrollo y aquello que lo altera según una modali-

dad que incluye de preferencia el método científico; la segunda lo hace en términos de la vida corriente que reflexiona más filosóficamente sobre sus distintas prácticas humanas (biológica, psicológica, social, política, religiosa, estética).

### **EL SER HUMANO COMO ENTIDAD BIO-PSICO-SOCIAL, SU NORMATIVA Y SU NORMALIZACIÓN**

Antes de hablar de psicopatología y menos aún del eventual aporte de lo sistémico a ella, me gustaría situar el lugar desde donde hacer la reflexión.

Un primer desafío es poner al ser humano entre los otros seres vivos con el fin de distinguirlo, pero no de reducirlo (Morin, 1994).

Un segundo desafío consiste en averiguar sobre esta naturaleza propia de lo humano que la distingue del resto de los seres vivos.

Un tercer desafío opera a nivel de la relación entre la naturaleza humana y las normas que rigen a los seres humanos.

Sólo después de este recorrido podemos hablar de aquello que psicológicamente hace sufrir a la persona que distinguimos como mentalmente enferma, y diferenciarla de aquella persona que puede hacer sufrir al resto y que pocas veces tiene un lugar claro en la psicopatología y sí en la moral como sujeto transgresor de las normas.

¿Cuáles son los límites que nos impone la naturaleza?, ¿es posible, en el ser humano, incorporar la norma desde la naturaleza, o por el contrario, ya vive en ella y sólo desde allí puede investigar cómo y dónde encontrar la norma en su naturaleza?, ¿cuál es la relación entre la naturaleza y la norma en un sistema familiar o de pareja, a diferencia de la de una persona singular?

Es algo que nos hace pensar. ¿Qué es lo que nos hace pensar?, ¿cómo lo pensamos?

Como psiquiatras y como psicoterapeutas nos situamos en el ojo del huracán. Por un lado, estamos influidos por los neurobiólogos que nos dicen que hay que comprender el funcionamiento del cerebro humano desde sus estructuras más elementales, las moléculas que lo componen y, por otro lado, estamos influidos por los filósofos que nos señalan que sin comprender las funciones más elevadas del ser humano no logramos acceder a una comprensión del pensamiento, las emociones y la facultad del conocimiento (Ricoeur-Changeux, 2001).

¿Cuáles son las relaciones entre las partículas elementales y unas funciones tan integradas como la percepción de lo bello y el poder creador en algún dominio?

Lo que hay es una diferencia de enfoque con respecto del fenómeno humano que se da entre los científicos y los filósofos y donde los psiquiatras y psicoterapeutas, como empiristas que somos, quedamos al medio.

Para resolverlo me situaré en el aporte hecho al tema por un pensador de cada campo. Por una parte el neurobiólogo, que sostiene una mirada evolucionista a través de las conexiones neurales progresivas en el curso del desarrollo y la regulación del organismo con el entorno y consigo mismo para llevar a cabo determinadas competencias, manteniendo la evolución biológica de la especie hasta crear nexos orgánicos con el entorno físico, cultural y social. Por otro lado, el filósofo que lo hace desde una postura reflexiva (la capacidad humana de actuar, de pensar, de sentir, muchas veces escondida en las prácticas), fenomenológica (el ir a las cosas mismas sin interpretarlas, con intencionalidad y conciencia) y hermenéutica (la interpretación exegética, filológica y de jurisprudencia que busca lo plural en la lectura de la experiencia humana).

El aporte del científico que se dedica a las neurociencias se produce en varios niveles: el de la biología molecular, el de la complejidad extrema de la organización cerebral, el del estudio de los sistemas biológicos (hoy en pleno auge y que incluye lo informático en red y lo sistémico cibernético), el de la imagenología (PET y Resonancias magnéticas, entre otras), el avance de la neurofarmacología, el de la ingeniería genética y el de los estudios de prolongación de la vida (Ricoeur-Changeux, 2001; Fukuyama, 2002).

El del filósofo no lo es menos y se aprecia, en especial, en su unión con la medicina, en una concepción que señala cómo lo viviente estructura su medio, proyecta los valores vitales que dan sentido a su comportamiento e instaura una normatividad primera, distinta de la legalidad física (Canguihelm, 1965) y además es capaz de inventar un modo de conocer lo que le pasa (Bachelard, 1996).

El debate queda así circunscrito, para empezar, a los discursos sobre el cerebro y el cuerpo por un lado, y a lo mental por el otro, perspectiva modesta pero que hace ver la heterogeneidad de los postulados en discusión, antes de cualquier ontología, pues de un lado se habla de neuronas, conexiones neuronales y sistema neuronal, y del otro se habla de conocimiento, de acción y de sentimiento, actos caracterizados por intenciones, motivaciones y valores. Lo filosófico rebate en lo esencial la frase: "el cerebro piensa" (Ricoeur, 2001) pues a pesar de que ambas posturas pudieran estar de acuerdo en combatir la idea de sustancia última a favor de los procesos, en la dualidad de los discursos se deja

entrevé el de la dualidad de las sustancias. La palabra “mental” no es la misma para el neurobiólogo que para el filósofo. Lo mental vivido no es lo mismo que lo mental como parte del cerebro-objeto donde se asienta ese proceso. Al cuerpo objeto se opone el cuerpo vivido como mío o tuyo, espacio inmaterial en el que se asienta la vivencia (Strawson, 1959).

Esto ocurre en un plano lingüístico y epistemológico que nos devela dos métodos de investigación: el científico y el filosófico.

Lo que yo agregó es que demasiadas veces, en la práctica, los psiquiatras psicoterapeutas tomamos partido por uno de ellos y no reflexionamos sobre su integración; de otro modo cuesta comprender la separación tajante, existente hoy, entre psiquiatras biológicos y psiquiatras psicoterapéuticos.

¿Dónde se sitúa el problema?

En que el neurobiólogo se coloca entre la anatomía y el comportamiento para relacionarlo desde el conocimiento, mientras el filósofo lo hace entre el comportamiento observado y el vivido.

¿No es en este último donde cabemos mejor los psiquiatras, sin dejar de valorar el aporte de los científicos de la neurobiología? Por ejemplo, en la valoración de percepciones y vivencias parecidas que pueden ser objetivadas a través de imágenes cerebrales como el caso de saber cuándo y cómo es percibida la vivencia de otro.

La pregunta que se hace Ricoeur es la siguiente: “¿Por el conocimiento que tengo del cerebro aumento el conocimiento que tengo de mí mismo sin conocer nada de mi cerebro, simplemente por la práctica de mi cuerpo?”

El cuerpo y el pensamiento hablan dos idiomas distintos dentro del fenómeno de la vida, que a su vez es entendida de manera distinta por el científico que por el filósofo, pues éste la relaciona con el problema de preservarla como lo vivido, y ético, en el sentido de lo cuidado. Tres momentos: vida como cuerpo objeto, vida en el cuerpo mío y vida entroncada en su cuidado normativo que obliga a preservarla.

Si el conocimiento de la neurobiología entraña un cambio en la experiencia común habría que decir con Lucrecio “los terrores, esas tinieblas del espíritu necesitan del estudio racional de la naturaleza”; y con Spinoza, “los hombres se creen libres porque tienen conciencia de sus acciones y no de las causas que las determinan”.

Pero si el dualismo semántico constituye un punto de partida entre el cuerpo y la mente conocida y vivida, habría que encontrar a continuación un tercer discurso que vaya más allá de la fenomenología y la ciencia, más allá de un sistema neuronal y una vivencia mental. Me

parece que allí ya se insinúa la pregunta por lo ontológico, aunque todavía es necesario saber cómo se manifiesta en este contexto de elucubración.

Lo que me interesa es mostrar el pasaje desde lo vital a lo normativo en que se sitúa el ser humano, y para ello me gustaría emplear la idea de potencia y de posibilidad de Aristóteles, agregar a Leibniz cuando señala que las verdaderas potencias no son nunca simples posibilidades pues hay en ellas siempre tendencia y acción, y finalizar con la idea de capacidad de Ricoeur, en el sentido de que el hombre es capaz de hablar, de actuar, de narrarse, de someterse a normas, capacidad que está profundamente arraigada en lo biológico, pero que en su paso a la efectividad moral presupone el lenguaje y todo un mundo normativo, jurídico, político, etc., donde el hombre ya se encuentra de manera primordial. En otras palabras, lo ético, con sus leyes y prohibiciones, está también muy arraigado en la vida, más allá de su cumplimiento o no, debido a que la vida en su evolución nos ha dejado en proyecto tanto la posibilidad de ser benevolente como de ejercer violencia.

Se trata de una continuidad de la vida que nos deja, sin embargo, a medio camino en las reglas para desenvolvemos en ella con los otros, porque aunque esté afianzada a seguir manifestándose en “su habitar en la ficción de la permanencia”, siempre “naufraga en el transcurrir del tiempo” (Jonas, 2000), y no sólo eso, sino que se produce también una discontinuidad en ese quedar sin reglas que obliga a un relevo de lo moral antes del naufragio, expresado como la posibilidad de una sociabilidad insociable que requiere de un orden político para pacificarla. Es el tercer momento que antes nombré, el del cuidado normativo de la vida que obliga a tratar como iguales a los iguales, momento de imparcialidad antes que de justicia (Nagel, 1994).

Con las capacidades, el hombre entra en el terreno de lo práctico, en el ámbito del poder hacer, algo que el neurobiólogo llamará predisposición. La pregunta que tanto el científico como el filósofo se hacen es cómo se puede arraigar lo normativo en la evolución biológica y en la historia cultural de la humanidad; en otras palabras, si el instinto de simpatía arraigado en el origen de la evolución de la especie se extiende con el aprendizaje y elabora una nueva ética.

Estamos en el discurso sobre la mente y sobre el cuerpo y el desafío de construir un discurso mixto que considere la mirada del neurobiólogo y la del filósofo.

Una manera, ya esbozada, es la de situar al hombre como ser en el mundo, en el sentido de que el sujeto emerge al mismo tiempo que el mundo. En mis términos, emerge sistémica y cibernéticamente, como un

sistema abierto (porque aparece en un ambiente, en un contexto no sólo físico sino en un horizonte de sentido) que se inscribe en una naturaleza ordenada/desordenada de la materia que tiende al desorden (entropía) y a la organización (a ser cada vez más complejo como sistema) (Morin, 1994).

Las modalidades de correlación y de intersección resultantes debido a esta situación notable y singular, me hacen ser paciente en el avance. Por ahora podemos decir: “mi cerebro no piensa, pero mientras yo pienso ocurre siempre alguna cosa en mi cerebro” (Ricoeur, op. cit.).

¿Cuáles son las cosas que ocurren en el cerebro?  
¿Cuáles son los avances en la neurociencias? Seguiré dos fuentes de información.

Una de ellas es neurobiológica y sostiene que hay cinco momentos de ruptura con la concepción tradicional según la cual se debe separar el espíritu del cerebro y lo psicológico de lo neurológico para avanzar en una integración hacia cierta correspondencia entre objetos del mundo exterior y objetos mentales del mundo interior (Changeux, op. cit.): el concepto de anticipación, de comportamiento intencional (en la “caja negra” se desarrollan operaciones espontáneas que orientan el comportamiento aunque no se manifiesten de inmediato ni de manera sistemática y conciben al SN como un sistema proyectivo); el establecimiento de una relación estructura-función entre un territorio neural definido y una disfunción psicológica y/o funcional particular; la posibilidad de describir el cerebro a partir de representaciones que se forman en él aunque no se las perciba (todo el avance en la imagenología que ponen en evidencia la distribución diferencial de las actividades eléctricas y químicas de territorios cerebrales que varían con la psicología del sujeto); la experimentación electrofisiológica que permite registrar la actividad de una célula específica (por ejemplo, en todas las condiciones en que un sujeto ve rojo se activan las neuronas que responden a ese color); las investigaciones acerca de cómo la percepción del mundo exterior y las vivencias pueden ser alteradas por agentes químicos (drogas psicotrópicas, benzodiazepinas, antidepresivos, somníferos, etc.).

La otra fuente alude a una manera de mirar desde la perspectiva de la filosofía política (Fukuyama, 2002) y se pregunta por las probabilidades de que la revolución biotecnológica tenga consecuencias políticas y sobre las nuevas posibilidades de alterar o controlar la conducta humana en un macronivel o, peor aun, la posibilidad de modificar deliberadamente la naturaleza humana.

En tal sentido, observa el aumento de conocimientos que se acumulan en la comprensión de las funciones fundamentales de los genes en su relación con el comportamiento, en especial en lo concerniente a la inteligencia, la delincuencia y la sexualidad.

A nivel de los avances en psicofarmacología observa un aumento del deseo de las personas de medicalizar su conducta y reducir la responsabilidad sobre sus propios actos; y un aumento del control social de la conducta de los niños.

Y a nivel del aumento de la expectativa de vida se observa un progresivo conocimiento para frenar el proceso de envejecer, tanto en el área somática como cerebral.

Frente a los avances de la neurociencia sobre lo que ocurre en el cerebro y a las consecuencias políticas de todos estos procesos de investigación y de sus resultados, algunos filósofos reaccionan haciendo distinciones necesarias (Ricoeur, op. cit.):

La primera se refiere a no confundir la lectura neuronal, que habla de un cerebro proyectivo, de una lectura fenomenológica de la acción, que se refiere a una prevención y proyección distintas, pues el propio concepto de lo neuronal es una construcción de lo psíquico, es decir, la proyección depende de una actividad mental que cada cual comprende reflexivamente y, en tal sentido, es el discurso de lo psíquico el que comprende lo neuronal y no a la inversa.

La segunda es una distinción sobre la idea de sustrato que alude a la herencia griega de causalidad aristotélica. El paso del discurso semántico al ontológico supone entender la relación del cuerpo-objeto con el cuerpo-vivencia, es decir, la diferencia entre el cerebro y lo mental. Así, cuando el científico dice que “tal complejo neuronal produce tales efectos mentales” (causalidad efectiva) el filósofo prefiere decir “el cerebro es el sustrato del pensamiento” en el sentido de que el pensamiento es la indicación de una estructura neuronal subyacente (causalidad de sustrato). En el caso de las enfermedades, cuando es una función la que se altera, la denominación que hace el neurobiólogo es apropiada pero no es tan clara en el de la gente corriente porque allí la actividad neuronal subyacente es mucho más silenciosa por lo que la causalidad es más compleja.

Un desafío será identificar lo psíquico vivido con lo neuronal observado. La naturaleza y el sentido entre lo neuronal y lo mental sigue siendo el problema. Aquí es donde la relación se torna doble, por un lado, al interior del campo de experimentación entre estructura y función, y por el otro lado entre ese campo entero y el discurso que el sujeto tiene sobre sí mismo y su cuerpo. El problema del filósofo está en este segundo nivel.

El de los psiquiatras psicoterapeutas en la articulación entre ambos.

Es necesaria entonces la construcción de un discurso que unifique la relación entre estructura del cerebro y el psiquismo, o sea, un tercer discurso que apunte a lo ontológico.

Si atendemos al hecho que el ser vivo organiza su medio, conviene proceder paso a paso en la cuestión de la correlación entre lo neuronal y lo mental. El primer paso es el nexo entre organización y función. La organización caracteriza la base neuronal, la cual contiene, a su vez, toda una variedad de niveles. Allí es donde interviene la neurociencia a través de un recorrido descendente hasta llegar con un método de reducción a la estructura biomolecular de la neurona y su modo de transmisión sináptico; y un recorrido ascendente que toma en cuenta las conexiones entre neuronas y grupos de neuronas, así como su jerarquía, su distribución en áreas corticales y las interacciones que aseguran la conectividad global del cerebro. Se trata de una jerarquía organizacional con funciones distintas e interconectadas. Las funciones que ahí se despliegan pueden ser observadas de variadas maneras y se toman acuerdos sobre la manera de hacerlo y codificarlo en términos científicos.

En este nivel de la neurociencia se pueden distinguir tres tipos de fenómenos: el déficit (lesiones, disfunciones), los comportamientos inducidos por estimulación directa de algún área cerebral, y las intervenciones químicas (drogas, etc.). Ya en este estadio hay mucho que decir en lo concerniente a las condiciones de observación donde no es el experimentador el que tiene el dominio y control del medio sino el sujeto que elige las señales significativas para él, construyendo su medio sobre esa base.

Esta primera etapa fundacional de la organización/función permite el empleo del término sustrato entendido como asiento y apoyo, pues puede decirse que la organización es el sustrato de la función y la función es el indicador de la organización.

Otra cosa es hablar de función cerebral cuando se hace participar ciencias anexas como la psicología, la etología o la biología comparada y todas sus implicancias evolucionistas, pues al hacerlas intervenir la neurociencia se convierte en una constelación de ciencias y con ello aparece el dilema del observador en lo observado.

Una interpretación fenomenológica de dicha situación sucede cuando el sujeto se conoce a sí mismo teniendo un objeto frente a él. Mientras en una lectura científica el sujeto se vuelve uno de los objetos donde se suspende la relación sujeto a objeto, en la

lectura fenomenológica sigue habiendo una relación intencional de un dominio distinto al discurso del neurocientífico.

Importa entonces separar las condiciones artificiales de la experimentación de la relación del hombre con el medio natural y social ordinario. Es allí donde la correlación entre lo neuronal y la vivencia se vuelve problemática. La experiencia viva reposa sobre el intercambio de intenciones, de significaciones, y plantea la pregunta sobre si se podrán naturalizar las intenciones.

En el hombre una función no se reduce a un comportamiento observable sino que también implica relaciones verbales, como los relatos por ejemplo. Se trata de un relato sobre lo que el sujeto experimenta, sean éstos fenómenos sensoriales, motores o afectivos. Este es el componente verbal declarativo que queda fuera de los protocolos de experiencia y que sin embargo el experimentador debe incluir como experiencia ordinaria. Es algo que difiere de lo que se llama introspección.

Si nos detenemos un momento en la experiencia ordinaria vemos que es el lenguaje el que nos hace salir de la subjetividad privada, y lo hace a través de varias suposiciones: la certidumbre de que los demás piensan, ven, oyen, actúan y sufren como yo; la certidumbre de que esas experiencias subjetivas son a la vez insustituibles (*"usted no puede ponerse en mi lugar"*) y comunicables (*"trate de entender lo que me pasa"*); existe algo como una comprensión mutua y compartida sujeta a precauciones; el malentendido es posible e incluso puede ser el pan de todos los días de la comunicación; la función de la conversación (en este sentido, diálogo) es corregir todo lo que se pueda la mala comprensión a través de la interpretación verificada.

Al estudiar el modo en que una persona sola o como miembro de una pareja o una familia se relaciona a través del lenguaje, nos asombra la aparición de "transacciones". Definir este término no es fácil, pero en un primer momento tiene que ver con ciertos supuestos y creencias acerca de cómo es el mundo (*cómo accionamos "con él y en él" de modo que se nos revele mientras lo estamos haciendo*), cómo funciona la mente (*qué idea tenemos de nosotros mismos en nuestra capacidad de pensar y comprendernos a nosotros mismos y a otros que se nos asemejan*), qué hacemos y cómo debe producirse la comunicación (*cómo nos movemos en el lenguaje al articularlo de un modo comprensible para el otro en aquello que nos atañe en esa relación*), porque al otro se le encuentra en el mundo, con vistas a uno mismo y de cara a lo que hay que hacer. Es un paso en el ser con otro.

En un sentido provisorio, diremos que las transacciones son actos significativos que suponen un destina-



tario. En tal sentido son correlativos y conmensurables (Gianinni, 1995).

Detrás está la idea de que asumimos que lo que el otro hace y dice tiene que tener un sentido, que acertamos al discernir sobre el nivel de ignorancia (confusión) o inteligencia (claridad) de nuestros interlocutores, y que podemos aclarar la zona oscura, pero importante, de lo que llamamos sentido común, hasta hacerlo compartido, o constatar la dificultad de su logro. Si el otro no se muestra interesado y más bien nos mira de soslayo, incluso ahí, está la posibilidad de que en un momento nos mire de frente y nos veamos encarados (tengamos que dar la cara) en lo que estamos haciendo. Del puro estar juntos se puede pasar a un acto significativo en donde el otro importa, responde y se puede medir su respuesta. Empieza a importar el espacio común, es allí donde se ejercerán las transacciones, se verán las perspectivas e intereses en juego, se mostrarán las conductas y los significados de ellas y se iniciará un proceso dialogal. Aparece el cara a cara y todas las posibilidades del malentendido, aunque prime el deseo de seguir compenetrado con el otro que tenemos al frente.

El supuesto fuerte que invoco es que el sujeto no es verificable fuera de la relación dialogal. Y esto vale también para las relaciones entre neurobiología (entendida aquí como paradigma de lo científico) y aquellas prácticas terapéuticas que sustentan nuestro quehacer (entendidas aquí como paradigma de lo sistémico en un sentido reflexivo, fenomenológico e interpretativo) si de lo que se trata es de hacer distinciones sobre el ser humano.

## EL MODELO SISTÉMICO CIBERNÉTICO: APORTES Y LIMITACIONES

En tal sentido, una teoría que indague en la idea de psicopatología sistémica debiera ser útil en términos descriptivos para agrupar o separar aquello que tiene que ver con lo relacional y con las pertenencias a entidades organizadas, debiera ser útil en términos prescriptivos para prever comportamientos y situaciones sobre las cuales intervenir, y útil en términos comprensivos para entender o explicar el origen de las diferencias e identificar las influencias causales más relevantes.

Sin embargo, referirnos a lo sistémico sin más puede inducirnos a equívocos. En lo que sigue será Hans Jonas (2000) el que nos guíe en la reflexión.

Estamos habituados a hablar de los "sistemas" en relación con estructuras de pensamiento para formar una teoría, sea que atendamos al resultado de ella (lo que pudimos conocer de ella) o que atendamos a su

modo de proceder (al modo cómo obtenemos el conocimiento).

Los sistemas se pueden deducir, inducir o abducir según el método que se emplee (sistema del método y no método del sistema).

Lo que interesa aquí es un sistema que ofrezca una "explicación" (no una mera ordenación o clasificación) de los hechos en una concatenación de las partes con el todo, conexión de las cosas mediante fundamentos o razones que nos brinden conocimientos sobre el ser humano bajo la forma de poseer ciertas propiedades que puedan ser explicadas.

Del lado del ser humano esa asunción de compromisos quiere decir que está atado en sí mismo, que forma una unión de dependencias, y en esa ligazón alcanza un "todo" y no sólo algo múltiple.

Aparecen las preguntas. ¿En qué sentido un ser humano puede ser un "sistema"? ¿en qué sentido pertenece además a un sistema familiar o de pareja?

El sentido del término "sistema" está determinado formalmente por el concepto de "junto" y supone una pluralidad que ha llegado a estar junta o que no puede existir de otra manera que junta. Por tanto, el sistema es necesariamente algo múltiple en el sentido de "junto", donde lo múltiple tiene un principio eficaz de unidad. Que las cosas estén juntas quiere decir que se determinan mutuamente, de manera que en virtud de esa mutua determinación permanecen juntas.

En el ámbito que nos atañe, toda determinación del ser humano, a solas o en su pertenencia a una familia o pareja, es un modo de actuar, y toda actuación implica una cierta transformación, por lo que la conservación se realiza a través de la transformación, al igual que la unidad a través de la pluralidad, y ambas cosas a su vez en virtud de la fuerza que en rigor es el único elemento de la realidad física que puede pasar de la multiplicidad a la unidad. En tal sentido, la "permanencia" de la unidad es en realidad un cierto suceso.

Por eso el tema del "sistema" del ser humano nos conduce al campo de los problemas ontológicos clásicos de lo uno y lo múltiple y de la permanencia en el cambio.

La diferencia entre las partes no queda anulada por el todo en el que se unen para formarlo, y el todo tampoco resulta anulado por la diferencia entre las partes de que consta. Unas y otras son aspectos necesarios de un sistema y ninguno de ellos debe desaparecer en beneficio del otro.

Aparece entonces la noción de "límite". La finitud y un cierto tipo de clausura, así como un "afuera" del que el sistema se distingue, pertenecen a su noción misma. El "límite" implica: limitación numérica; disposición u

ordenamiento de las partes, es decir, una determinada forma y, dentro de ella, limitación de la relación de fuerzas y una determinada medida.

La ocasión, especialmente “al comienzo” (antes de cualquier sistema) depende de la contingencia sin reglas que está abierta al más amplio campo de posibilidades y se convierte con cada éxito de sus predecesores en una parte de las posibilidades más determinadas de este resultado. En la medida que ese resultado significa una decisión, al comienzo siempre contingente a favor de “una” realidad, se condena a muchas otras posibilidades alternativas a no ser y se restringen las posibilidades futuras que sus condiciones ya establecidas permiten, así como las ocasiones que en su serie de modificaciones todavía puedan darse.

Tanto la posibilidad como la ocasión se canalizan en una “dirección” más y más determinada, hasta que una vez acabado el sistema solamente admite su propia posibilidad y representa él mismo la ocasión permanente de su realización, es decir, de su repetición como única forma de cambio. Es lo que podríamos llamar el devenir de ese sistema, y con respecto de él debemos consignar que siempre habrá ocasión para lo nuevo y para el desequilibrio. Tal es el caso de la idea de familia en su devenir conceptual e histórico. Sólo hay “historia” donde un sistema se está constituyendo o desapareciendo, cuando hay proceso de formación o de disolución, mientras que *ningún sistema como tal tiene historia*.

Armonía e historicidad se excluyen recíprocamente. La armonía es la medida de la perfección de un sistema. Es así como la permanencia del “sistema” pierde la posición ontológica de privilegio y se convierte en un caso especial dentro del proceso, cuyo dinamismo no es distinto del general y que sólo puede ser definitivo como final de la historia del ser humano, mientras que en cualquier otra situación no es más que una fase de esa historia.

¿Qué se puede decir de la vida humana entonces? Que se compone de los momentos en que se vive. Que cada una de sus fases le añade algo distinto y nuevo que no estaba contenido en las fases o momentos precedentes y que por tanto no es una mera transformación de lo mismo. Que la vida humana no alcanza su totalidad propia (pareciera que nunca la tiene) más que en la suma de sus estados, y que su identidad no consiste en la equivalencia de los componentes de su serie temporal, sino que es lo que le da cohesión a la multiplicidad de esos componentes.

Este aspecto de la noción de sistema tiene algo singularmente adecuado para la vida, amenazada como está por la muerte, en la que termina sucumbiendo. Es

un aspecto que sitúa el sentido de la organización en la conservación y sólo admite la presencia de elementos nuevos en lo ya organizado bajo la forma de decadencia. La autoconservación ocupa un lugar central en la doctrina moderna de la vida y lo sistémico habla el lenguaje de la conservación. El equilibrio media entre las dos y constituye la versión moderna y desencantada de armonía.

En la actualidad, con el conocimiento que tenemos del *metabolismo* y su naturaleza, entendido como un proceso continuo que va renovando toda la composición del organismo y que coincide con el proceso vital mismo, y con el conocimiento del papel fundamental que juega la información dentro-fuera para todas las actividades del cuerpo vivo, el modelo cartesiano se ha podido refinar y fruto de ello es la teoría General de Sistemas de Von Bertalanffy acerca del “sistema abierto” y la teoría “cibernética” de Wiener y su círculo tecnológico.

Lo relevante de la teoría de sistemas de Bertalanffy es su apertura a través de un metabolismo continuo y totalmente abarcante que tiene lugar entre el organismo y el entorno, en cuyo ejercicio el sistema se conserva como el mismo en términos de su función dinámica, no en cuanto sustancia, es decir, en lo relativo a la forma, no a la materia. La propiedad sistémica relevante es el proceso o comportamiento dinámico y no la disposición de las partes (estructura). Importa la propiedad de la apertura en combinación con ciertas constantes de equilibrio, formalizadas matemáticamente como axiomas y que son propiedades de las que se pueden comprender otras que son características del organismo en calidad de propiedades sistémicas inmanentes, como la autorregulación, el crecimiento y el límite, la regeneración, la adaptación y la capacidad de conseguir objetivos por caminos distintos de los habituales. Son dinamismos regulados por el concepto de “equilibrio” que lo hace de un modo “casi teleológico” que Bertalanffy llama “equilibrio fluido”.

Los conceptos de equilibrio y regulación son también centrales en el modelo cibernético que surge de las modernas técnicas de comunicación y de procesos automáticos. La apertura por lo que hace a la sustancia y a la energía (proceso dinámico) que distinguía al anterior modelo recibe aquí el complemento de la apertura en el modo de la “información”, es decir, de la percepción del resultado de la acción por medio de una continua notificación sensorial que vuelve de la periferia al centro.

Ambos modelos son complementarios en el sentido en que tienen su fundamento en la cosa misma: la apertura como metabolismo exige apertura como

capacidad de sentir, capacidad que se entiende en su "función" reguladora al servicio de la notificación (no como cualidad en sí misma). Además se observa que la apertura perceptiva al mundo presupone en su ser funcional la otra apertura, la del proceso dinámico, ya que sin ésta y sin las necesidades de acción que en ella se fundan no existiría interés alguno en el gobierno o guía ya que no habría interés del mecanismo de gobierno para conseguir su satisfacción.

La contribución cibernética a la noción sistémica se basa en el *feed-back* entre el aparato de notificación y de ejecución debido al modo en que están conectados, por ejemplo el sistema nervioso central, donde la información sensorial sirve de guía que compensa posibles errores en la ejecución, lográndose así el "objetivo" de la acción.

Se trata de una capacidad de improvisar, que si bien es automática, en su serie convergente de error y corrección tiene las características de un comportamiento teleológico.

A diferencia de un sistema cerrado (mecánica clásica), este sistema va estableciendo y restableciendo un equilibrio y el hecho de sus ajustes lo da o depende de la apertura del sistema, es decir, de la relación con su entorno (por ejemplo, una carencia echa andar un tipo de metabolismo que compense: la falta de agua con la sed y ésta con la acción de tomar agua –semejante a la idea platónica del llenado y vaciado–). El tipo de periodicidad que aquí se produce es la del balanceo entre ser y no ser, un movido equilibrio entre devenir y perecer, todo lo cual lo hace ser un auténtico acontecer. No es que la conservación del sistema se lleve a cabo en su actividad solamente sino que depende de esta última, una conservación que como actividad consiste en un renovarse de estados de equilibrio que no duran demasiado tiempo por la dependencia que tiene del entorno. De este modo, la conservación es una continua *elaboración*, es el contenido del funcionamiento del sistema, y con ello el sentido de su existencia.

Al volver a la clínica, y en ella a la pregunta si es posible concebir una psicopatología desde el modelo sistémico tal como se usa en la terapia familiar y de pareja, podemos encontrarnos con que el hecho a explicar puede ser dicho desde varios lados.

Si acordamos que los aportes psicopatológicos o disfuncionales (término que goza de mayor simpatía en el campo) centrales, son los de pertenencia y los relacionales que se expresan a través de la simetría y la complementariedad, fue desde allí que surgieron conceptos más específicos. Las distintas expresiones teóricas del modelo sistémico han desarrollado y enriqueci-

do en términos de modelos de intervención lo que se ha desprendido de estas dos líneas de base.

Si precisamos un poco un ordenamiento con los ojos puestos en la intervención clínica (Nichols & Schwartz, 2001), nos importará lo relativo a conceptos de patrón de conexión (Bateson, 2001), la importancia de las secuencias de interacción (Watzlawick, 1968), el concepto de triángulo relacional (Bowen, 1991), el concepto de causalidad circular, el de homeostasis y equifinalidad, el de foco e isomorfismo (Simon, Stierlin, Wynne, 1988), el de función del síntoma (Haley, 1980), el concepto de recurso y potenciación, el concepto de emociones expresadas (Leff, 2001) y el concepto de límites, alianzas y coaliciones (Minuchin, 1984).

Será desde esos conceptos que la persona se verá en términos de pertenencia a una organización biológica que deviene en humanidad y de una relación que mantiene el funcionamiento que sus miembros pueden o desean.

¿A qué nivel se observa lo que se mantiene y altera? El texto será la repercusión fisiológica, conductual o subjetiva que en conjunto actúan como con-textos, cuidándose de establecer isomorfismos entre ellas y más bien observando, en este nivel, su articulación recursiva.

Para llevar a cabo esta tarea de indagación importará explorar en lo que les pasa en esa situación a través de la idea de sujeto (bio-psico-social), de intersubjetividad, de relación, de vínculo y de contexto por un lado; indagar en la manera en que se muestra eso que les pasa a través de reflexionar sobre el lenguaje, la expresión, la significación y la creencia, por otro; indagar en la movilización de sentimientos, motivación, compromiso, acuerdos y transgresiones, en el siguiente; indagar en la articulación interna, reglas, leyes, derechos, deberes y fines, en otro. Todos estos textos nos dan el con-texto de lo que queremos describir, prever y comprender.

La persistencia de un tipo de dimensión en lo subjetivo, relacional, tipo de lenguaje, maneras de significar, formas de expresión de las emociones, maneras de cumplir los compromisos, coacción del mundo en que están insertos, etc., nos revelaría que dadas ciertas constelaciones situacionales, es predecible lo que pasa dentro de ciertos límites. Sin embargo, esto es lo que se quiebra para una persona que vive en una pareja o familia en conflicto y que los obliga a descubrir lo que les está pasando en esa situación a través de cierto tipo de diálogo que pone en evidencia un cierto tipo de disponibilidad para esa situación o la influye y la modifica creando otros acontecimientos que otorgan nuevos sentidos.

## UNA VIÑETA DE ARTICULACIÓN

Un ejemplo me servirá para ilustrar lo señalado a lo largo de todo el artículo.

Un hombre de 86 años padece de una enfermedad de Alzheimer en una etapa de comienzo. Vive con su señora diez años menor y su convivencia transcurre sin más sobresaltos que ciertas quejas de ella debido a lo repetitivo del discurso de él. Los hijos de ambos se ocupan de ellos en la medida en que ellos lo solicitan, en general reducido a ciertas interacciones familiares programadas con antelación.

Las características de personalidad de este señor han sido y siguen siendo la expresión de un manifiesto optimismo, propiedad que lo mantiene habitualmente de buen humor y con la capacidad de minimizar su trastorno. Lo frecuente es que si dice algo negativo sea en referencia a lo triste que la otra persona pudiese estar debido a algún contratiempo de salud que circunstancialmente él pudiera padecer, resabios de aspectos narcisísticos de su juventud y adultez.

Como consecuencia de su vejez se han ido agregando otras dolencias, entre ellas una disfagia que le obliga a comer alimentos en forma de papilla. En cierta ocasión, y a causa del olvido de la prohibición de ingesta de alimentos sólidos, tuvo que ser intervenido aplicándosele una cantidad leve de anestesia. Fue el primer llamado de atención. En la noche presentó alucinaciones visuales y tuvo un episodio de agitación psicomotora en el hospital en que pasó la noche. A partir de entonces quedó en evidencia la importante dependencia que tenía con su señora, si bien en esa ocasión el cuadro clínico no pasó a mayores. Una intervención quirúrgica a los pocos meses agravó su padecimiento, pero luego de un periodo de confusión, volvió a su estado anterior.

Su vida actual está circunscrita a la de su esposa y tiene con ésta una fuerte relación complementaria que va más allá de los esfuerzos de ella para que no sea así. Cuando se triza lo estrecho de la relación, a veces de una manera muy leve, él se altera y empieza a perder el dominio de sí, perturbándose y desconociendo el entorno, situación que se esfuma si ella vuelve a estar a su lado.

Es como la normatividad vital, aquella que señala hasta dónde, como seres humanos, podemos desviarnos o restringirnos del operar vital a partir del cuerpo físico, con el fin de mantenernos organizados y seguir siendo el que somos.

En este caso, ya menoscabado en términos psicofísicos, el paciente presenta poca capacidad de desviación de la norma fijada para él, signada, eso sí, por una

historia de independencia y logros personales. Ya ha dejado de ser el hombre sano que se adapta en silencio a sus tareas y vive conforme a sus elecciones en relativa verdad y libertad.

No hay dudas que en situaciones como ésta debemos comprender el funcionamiento del cerebro desde sus alteraciones bio-moleculares, hacer un diagnóstico apropiado y proceder con la ayuda farmacológica para atenuar o mejorar su trastorno, en especial si su capacidad de actuar está constreñida, su pensar está limitado y sus prácticas disminuidas. Sin embargo, el sentir y la intencionalidad descubren una conciencia diferente, aún muy presente para el vivenciar que se arraiga en la subjetividad.

Cualquier discurso sobre el cerebro y el cuerpo encuentra en este caso fundamentos que inclinan la balanza para el lado de la interpretación científica de lo neurobiológico, pero aun así, lo mental sigue rigiéndose por intenciones, motivaciones y valores que nos hacen preguntarnos por nuestro derecho a influir en su vida y condenarlo, por ejemplo, a vivir en un hogar de ancianos sin su señora porque la vida de ella se vuelve progresivamente limitada. ¿Se le pregunta a ella? ¿Y si ella dice que a pesar de las limitaciones que sufre prefiere seguir a su lado? O al contrario, si ella prefiere abandonarlo ¿qué consecuencias adaptativas tendría una medida así?

Entre el comportamiento observado y el vivido emerge un conflicto diferente del que se sitúa en el conocimiento que tenemos de la alteración anatómico-fisiopatológica y el comportamiento consecuente, explicativo de una parte de su acontecer, pero no de aquel que opera en las decisiones prácticas del devenir. El conocimiento que tenemos del cerebro del paciente ¿es el mismo que él tiene? Sin duda que no. Y el aumento del conocimiento que tengo de él, diferente que él tiene de sí, sabedor de nada de lo que le pasa, ¿influye más o menos en las prácticas de su cuerpo y de su inserción en el medio al que se ha adaptado?

La vida del paciente como cuerpo objeto, la vida en el cuerpo suyo y la vida entroncada en su cuidado normativo, que obliga a preservarla, nos desafían a una articulación de máxima finura con él. Es un momento que nos señala un cuidado normativo de la vida para que no pierda de vista el tratar como igual a un igual. El cerebro del paciente ya no es el mismo de antes, pero sigue viviendo de un modo en que la manera como lo hace influye en lo que le pasa a su cerebro. En tal sentido, no es lo mismo vivir en su casa con su señora que estar hospitalizado o ser recluso en un asilo de ancianos. La permanencia en su identidad y pertenencia es diferente, las relaciones que establece son más seguras

y el dominio sobre su vida guarda una reserva de dignidad en su operar.

Su capacidad de anticipación y su intencionalidad han sufrido un menoscabo, la relación estructura-función está alterada, ciertos fármacos ansiolíticos y antipsicóticos son de gran ayuda en momentos de crisis y podríamos evidenciar, si quisiéramos, a través de imágenes o pruebas de fisiología celular, el daño en su cerebro. Este es el caso de una enfermedad en que una función se ha alterado y, por eso, la explicación neurobiológica tiene aquí un mayor valor. Sin embargo, también se puede hacer una lectura fenomenológica de las acciones del paciente y el significado que le da a ellas donde lo psíquico vivido sigue teniendo un lugar frente a lo neuronal observado y adquiere relevancia en los términos prácticos de la vida ordinaria o de la necesidad de cuidados, y también, en lo concerniente a aspectos bioéticos.

El paciente sigue desarrollando un relato sobre lo que experimenta, sigue desplegando transacciones con las figuras de su entorno, influye y es influido por éstas. En suma, sigue siendo verificable mediante el diálogo relacional que aún mantiene vigente.

En el lenguaje sistémico se puede afirmar que continúa manteniendo pertenencias a entidades organizadas; en su caso, a la entidad que forma con su señora, al apoyo y afecto que sostiene con sus hijos. Pero sin duda el tema de la finitud adquiere una relevancia temporal particular y la clausura del sistema está acotada a ciertas presencias y a ciertos espacios físicos conocidos donde el paciente se orienta mejor.

Los términos sistémicos señalados antes siguen operando en toda su magnitud, esta vez vinculados a la familia extensa y a la red de cuidadores y, aunque la permanencia "real" de este sistema puede ser que esté llegando a su fin en cuanto a vida del paciente con la pareja y familia que ha formado, seguirá simbólica y afectivamente en los nuevos sistemas que se han formado a partir de éste.

Si bien el sistema está perdiendo su posición ontológica, la situación actual sigue siendo parte de un proceso que escribe una parte de la historia de su inexorable decadencia pero también la de su herencia histórica en aquellos que continúan participando e identificándose en sistemas que se han generado, en parte, desde éste.

De manera explícita he elegido ilustrar mi reflexión sobre la naturaleza humana en su relación con los distintos discursos del enfermar psíquico con un caso que puede ser explicado desde el punto de vista neurobiológico sin que nadie se extrañe. Pero aun en este confín

que realiza a la biología del sistema nervioso como modelo explicativo y de intervención, la postura reflexiva, fenomenológica e interpretativa, nos revela una visión humanista que es central para el mejor desarrollo de la función de aquellos que somos psiquiatras y psicoterapeutas.

No es posible, en el caso del tipo de deterioro psíquico como el descrito, obviar todo lo concerniente al trabajo con la pareja, la familia y el sistema de cuidadores con el fin de preservar, hasta el límite de la dignidad, la intencionalidad y la conciencia del paciente, su experiencia vivencial en lo que le atañe a la conexión y compenetración con su vida y con la de los seres significativos para él.

Es posible que esta postura sea polémica en la práctica, sin embargo he preferido dar una fundamentación que considere la discusión entre las posturas biologicistas y las de la filosofía humanista para develar el lugar que podría ocupar el modelo sistémico en ella.

## REFERENCIAS

1. Aristóteles (1995) *Metafísica*, Editorial Espasa Calpe, Madrid, España
2. Bachelard G (1996) *La formation de l'esprit scientifique*, Vrin, Paris
3. Bateson G (2001) *Espíritu y naturaleza*, Amorrortu Editores, Buenos Aires, Argentina
4. Bowen M (1991) *De la familia al individuo*, Editorial Paidós, Barcelona, España
5. Canguilhem G (1971) *La connaissance du vivant*, Vrin, Paris
6. Fukuyama F (2002) *El fin del hombre*, Ediciones B, Barcelona
7. Giannini H (1997) *Del bien que se espera y del bien que se debe*, Editorial Dolmen, Santiago de Chile
8. Haley J (1980) *Terapia para resolver problemas*, Editorial Amorrortu, Buenos Aires, Argentina,
9. Jonas H (2000) *El Principio vida, hacia una biología filosófica*, Editorial Trotta, Madrid
10. Leibniz GW (1992) *Nuevos ensayos sobre el entendimiento humano*, Alianza Editorial, Madrid, España
11. Leff J (2001) *The unbalanced mind*, Columbia University Press, New York, USA
12. Lucrecio (1997) *De la nature*, Garnier. Flammarion, Paris
13. Minuchin S (1984) *Técnicas de terapia familiar*, Paidós, Buenos Aires
14. Morin E (1994) *Introducción al pensamiento complejo*, Editorial Gedisa, Barcelona, España
15. Nagel T (1994) *Egalité et partialité*, PUF, Paris
16. Nichols M, Schwartz R (2001) *Family therapy: concepts and methods*, Allyn and Bacon, USA
17. Ricoeur P, Changeux JP (2001), *La naturaleza y la norma: lo que nos hace pensar*, Fondo de Cultura Económica, México
18. Simon F, Stierlin H, Wynne L (1988), *Vocabulario de terapia familiar*, Gedisa, Buenos Aires
19. Spinoza B (1977) *L'Éthique*, Vrin, Paris
20. Strawson P. (1959) *Individuos*, Taurus, Madrid
21. Watzlawick P, Beavin J, Jackson D (1968) *Pragmatics of Human Communication: Study of Interactional Patterns, Pathologies & Paradoxes*. NY: W.W. Norton

## TEORÍA CLÍNICA

# TERAPIA ANALÍTICA DE LA DÍADA MADRE-HIJO Y CAMBIO PSÍQUICO<sup>1</sup>

(Rev GPU 2007; 3; 3: 276-290)

Irene Dukes<sup>2</sup>

Este trabajo pretende explorar una modalidad de psicoterapia analítica aplicada a la díada madre-hijo, donde el objeto de análisis no es una persona sino la relación madre-hijo. Este abordaje propone hacer uso tanto de aquello que nos informan las relaciones de objeto contenidas en la transferencia y contratransferencia, como de aquellos elementos vinculares que emergen de la interacción recíproca y que se dan en el contexto del encuadre terapéutico. El reconocimiento y consideración por parte del terapeuta de aquella madre e hijo “reales” pero dinámicamente inconscientes, así como de sus interacciones y representaciones de las mismas, nos conducen de manera integradora hacia la exploración del psiquismo humano donde lo intrapsíquico y lo intersubjetivo se encuentren entrelazados, en una búsqueda permanente de un equilibrio inalcanzable.

En concordancia con lo anterior, se formula una aproximación teórico-clínica que se organiza sobre la conjunción de tres pilares teóricos, los cuales guían la presente revisión: la teoría de relaciones objetales, la perspectiva intersubjetiva y los estudios de la interacción temprana madre-bebé.

Sobre la base de este desafío epistemológico se estructura esta modalidad de trabajo terapéutico, el cual se ejemplificará a través de un caso clínico que da cuenta de cómo la experiencia de un duelo traumático no elaborado en la madre genera un impacto en el desarrollo del psiquismo del hijo y en el vínculo madre-hijo, llegando a comprometer la organización de las experiencias corporales y relacionales del hijo, afectando el desarrollo del psique-soma y de la constitución del Self.

<sup>1</sup> La versión original de este artículo fue publicada como capítulo en el libro *Avances en psicoterapia y cambio psíquico*. Riquelme R y Thumda Z (Editores). Sociedad Chilena de Salud Mental, Santiago, 2005.

<sup>2</sup> Av. Vitacura 2909, of. 1002 - Santiago, Chile. E-mail: idukes@mi.cl

## INTRODUCCIÓN

*Sólo a través de la supervivencia del otro puede el sujeto ir más allá del permiso de la sumisión y la retaliación hasta un respeto mutuo. Al aceptar la independencia del otro, el niño gana algo que reemplaza al control, un sentido renovado de conexión con el otro.*

Winnicott (1982).

Inicialmente el psicoanálisis centró su atención en lo edípico; no obstante, con el transcurrir del tiempo ha experimentado importantes transformaciones, entre las cuales está un interés creciente por explorar fases más tempranas del desarrollo de la infancia. Esto ha estimulado el estudio de la interacción de la díada madre-hijo, y ha llevado a comprender que el infante es un participante activo que afecta a la madre y que “crea” sus propios objetos (Winnicott, 1971). Tal perspectiva ha reorientado la concepción del psiquismo, donde el foco no está puesto exclusivamente en la relación del sujeto con sus objetos internos sino del sujeto (sí-mismo) con un otro (que a su vez también es un sí-mismo), a partir de lo cual resulta esencial el reconocimiento mutuo y la validación de ese otro como un ser distinto, pero a la vez interrelacionado.

En coherencia con este enfoque que va tras una mirada integral del desarrollo humano, se edifica una propuesta de trabajo psicoanalítico que incluye a la madre y al hijo en el mismo encuadre. Se ejemplifica esta modalidad de tratamiento con un caso clínico, y se describen dos momentos del proceso terapéutico. Luego se propone una reflexión sobre aspectos técnicos y teóricos de la terapia de la díada, y finalmente se esbozan algunas ideas orientadas a comprender qué tipo de cambio psíquico pudiera estarse favoreciendo con esta modalidad de tratamiento.

Escogí este caso para ejemplificar este tipo de tratamiento porque pienso que permite visualizar el trabajo realizado sobre etapas muy tempranas del desarrollo. Específicamente esto se ilustra con una sesión de la díada madre-hijo, en la cual la emergencia de un recuerdo evocador de la madre –sostenido en el encuadre terapéutico– permite hacer insight y empezar a procesar y elaborar parte de la experiencia de la vida individual y vincular temprana. Se promueve la escucha de experiencias que no han podido ser mentalizadas puesto que han sucedido durante estadios pre-verbales del desarrollo; vale decir, se apunta a aquello que da cuenta de lo inconsciente no reprimido. Se ilustra cómo aquello que nunca ha sido inscrito en la mente como recuerdo ha ido dejando heridas mentales que el niño ha conservado dentro de sí como “estados de existir”

no transformados (Bollas, 1989), que lo han llevado a no experimentar como propio ni su espacio psíquico interior ni tampoco sus espacios corporales, lo que a su vez ha repercutido en la estructuración de su psiquesoma.

## BASE TEÓRICA DE LA TERAPIA ANALÍTICA DE LA DÍADA MADRE-HIJO

En la actualidad nos enfrentamos a una constante expansión y diversificación de modalidades técnicas que han ido ampliando el campo de la práctica clínica. Entre los abordajes terapéuticos emergentes se encuentra la terapia analítica de la díada madre-hijo, la cual nos conduce por el terreno de lo vincular, comprendido desde el marco referencial psicoanalítico, al tiempo que nos lleva a enriquecer esta modalidad específica de escucha gracias a los aportes de otras disciplinas.

Los sustentos teóricos que guían la presente revisión y el trabajo clínico con la díada madre-hijo, y en los cuales me apoyo en el abordaje terapéutico, son principalmente tres. a) la perspectiva intersubjetiva (específicamente, la escuela psicoanalítica relacional) (Orange, Atwood, Stolorow, 2001; Beebe y Lachmann 1988; Benjamín 1988, Mitchell 1988, Orange 1995); b) la teoría de relaciones objetales de la escuela británica (Bollas 1988, 1989; Winnicott, 1952, 1964, 1971, 1972, 1987, 1988; y c) los estudios de la interacción temprana madre-bebé (Stern, 1985, 1995, 1997; Sander 1992). Cabe agregar en un lugar privilegiado a Thomas Ogden (1985, 1989, 1991, 1994, 1995, 1996) como uno de los autores centrales en los desarrollos teórico-clínicos que intentan integrar lo intersubjetivo con lo intrapsíquico.

Los hallazgos de estas perspectivas han impactando la manera de pensar el proceso terapéutico conduciéndolo a una reformulación de ciertos aspectos del trabajo clínico. Sus conceptualizaciones han fertilizado el campo de la experiencia psicoanalítica, dando un nuevo ímpetu al ámbito clínico, y han sembrado el germen de algunas técnicas orientadas a reconsiderar el valor del acto, de lo pre-verbal y de la interacción. En particular, estas intelecciones representan los pilares conceptuales sobre los cuales se edifica el trabajo clínico de la díada madre-hijo.

A partir de lo cual se podría decir que la aproximación terapéutica de la díada madre-hijo nos sitúa en la frontera de las conceptualizaciones psicoanalíticas convencionales, y nos invita a reflexionar sobre la complejidad de considerar los límites entre la madre y el hijo *reales*, y aquella madre y aquel hijo *representacionales*, construidos en la fantasía inconsciente. Este abordaje propone hacer uso tanto de aquello que nos informan

las relaciones de objeto contenidas en la transferencia y contratransferencia, como de aquellos elementos vinculares que emergen de la interacción recíproca y que se dan en el contexto del encuadre terapéutico. El reconocimiento y consideración por parte del terapeuta de aquella madre e hijo “reales” pero dinámicamente inconscientes, así como de sus interacciones y representaciones de las mismas, nos conducen a una dialéctica que complejiza a la vez que enriquece la comprensión de los conflictos vinculares. Stern (1997) sintetiza esta idea al referirse a la necesidad de explorar el mundo mental subjetivo e imaginativo de las representaciones, a la vez que contemplar el mundo externo real y objetivable. La convergencia o divergencias de estos registros será un aspecto que revestirá particular interés en esta orientación clínica de trabajo terapéutico.

En resumen, pienso que la conjunción de estos tres ejes conceptuales –la perspectiva intersubjetiva, la teoría de relaciones objetales y los estudios de la interacción temprana madre-bebé– conduce a generar puentes entre lo intrapsíquico y lo intersubjetivo, entre la fantasía inconsciente y la realidad. De este modo, el desafío al que nos vemos enfrentados es el tolerar un estado de tensión sostenida, donde la perspectiva intersubjetiva nutra y se nutra de la mirada intrapsíquica, en una búsqueda permanente de un equilibrio –siempre inalcanzable– que cree espacios desde los cuales surja una exploración creativa.

En el transcurso de este capítulo lo anterior se ejemplificará a través de un caso clínico en el cual se trabajó para promover el despliegue y la exploración del mundo intersubjetivo del vínculo madre-hijo. El propósito de esta acción terapéutica fue posibilitar la transformación necesaria, de manera que las potencialidades individuales y relacionales se expandieran, al tiempo que se facilitaba un movimiento de progresión orientado a restaurar las desregulaciones o fallas tempranas de la díada.

### IMPLICANCIAS TÉCNICO-CLÍNICAS DEL ABORDAJE DE LA TERAPIA ANALÍTICA DE LA DÍADA MADRE-HIJO

A través de esta modalidad de trabajo clínico se intenta proporcionar alternativas al sufrimiento vincular, para que cada uno de los integrantes de la díada, así como la relación, tengan oportunidad de resignificar sus historias, restaurarlas y convertirlas en agentes de transformación. Este abordaje presupone que las interacciones visibles o manifiestas entre madre e hijo son comprendidas como indicadores de estructuras vinculares complejas internalizadas que abarcan niveles más profundos, vale decir, de relaciones objetales.

Básicamente, esta orientación terapéutica tiende a privilegiar la escucha de los niveles no representados de la experiencia humana que quedan registrados y no simbolizados; aquellos que la analista puede captar principalmente a través de la contratransferencia, de la intuición y de la comunicación pre-verbal. De este modo, lo que se pone en juego corresponde a realidades psíquicas compartidas intersubjetivamente entre la madre y su hijo o –dicho en otros términos– áreas de la experiencia “sabidas no pensadas”<sup>3</sup>, las que constituirán en sí mismas el núcleo sobre el cual se desarrollará este trabajo clínico. Por lo tanto, gran parte de las intervenciones analíticas –durante el primer periodo de tratamiento– se dirigirán al nivel contextual o matriz de la transferencia-contratransferencia (Ogden, 1991), de modo de privilegiar el saber existencial, para luego abordar un saber más representacional.

De este modo, se acogen aquellas experiencias que no pueden ser recordadas, pero que sí podrán emerger en la sesión organizándose en torno a dinámicas transferenceales y contratransferenceales complejas. Y esto será contemplado analíticamente dentro de una trama que se inscribe en el orden de *lo inconsciente ante represión*, es decir, como recuerdos de experiencia que no advinieron nunca al yo (Roussillon, 1991, en Watillon-Naveau, 1996).

A partir de estos planteamientos, resulta importante contemplar la manera en que madre, hijo y terapeuta se comunican, intentando descubrir la especificidad intersubjetiva de los vínculos; ver la secuencia de los intercambios a través de los distintos sentidos: por ejemplo, cómo cada uno va puntuando su narrativa con gestos corporales y cómo esto altera la plástica del cuerpo del otro. Por lo tanto, un abordaje analítico de la díada presupone incorporar en el análisis la comunicación generada en las interacciones vinculares. En esta perspectiva, se toman en cuenta tanto los componentes verbales del discurso como los gestos, posiciones corporales, distribución espacial, entrecruzamiento de miradas, comportamientos lúdicos, etc. Especial atención se presta al clima afectivo de la sesión, el cual se desarrolla acorde a las emociones predominantes en ese contexto particular, y definido por dimensiones tan variadas como las entonaciones de las voces, las expresiones de los rostros, la proxemia de los cuerpos, etc.

<sup>3</sup> “Sabido no pensado”: cualquier forma de saber que aún no ha sido pensado. Los infantes aprenden reglas de existir y allegarse que se comunican a través de la lógica de cuidado de la madre y que no han sido procesadas mentalmente (Bollas, 1989).



Desde el vértice del terapeuta, se espera que tenga una actitud de disponibilidad afectiva, y que –en caso de ser necesario– ésta se materialice a través de ofrecer su propia expresión emocional como una forma de facilitar la emergencia de expresividad afectiva que pudiera estar inhibida o interferida en el vínculo. Esta actitud está al servicio de propiciar la sintonía afectiva y proveer en el encuadre un soporte de seguridad emocional que estimule la exploración y la capacidad de percepción de estados emocionales tanto de la madre como del hijo, generando las condiciones de una relación empática (Orange, 1995, cit. en Del Río, 2003).

El terapeuta tratará de atender al impacto contratransferencial que las comunicaciones le van generando. En este sentido, Mitchell (1988) ha enfatizado la importancia que tiene en el trabajo clínico que el terapeuta conserve una actitud próxima a lo que él ha denominado “conciencia plena”. Es decir, sería deseable que el analista desarrollara su capacidad de autoobservación y tuviera conciencia de su propia subjetividad emocional y corporal; que se permita divagar, tolerando los pensamientos, sensaciones y sentimientos que vayan surgiendo en él, al tiempo que se genera un proceso de reverie en el que luego se pregunta por qué su mente y su sentir se dirigen a tal o cual dirección, facilitando las condiciones para que se genere un “objeto analítico” (Ogden, 1994). De este modo se propicia un estado donde prime una actitud abierta para pensar, reflexionar y experimentar sensorial y corporalmente dentro del clima y textura vincular. Especial atención merecen las respuestas contratransferenciales relacionadas a vivencias en el modo autista contiguo, donde predominan las sensaciones corporales y las experiencias somáticas (Ogden, 1989). Todo ello servirá de guía e irá progresivamente orientando el trabajo clínico hacia la comprensión de la complejidad y singularidad de la intersubjetividad relacional.

También habrá ocasiones en que la sesión se encaminará a develar ideas erróneas subyacentes, o a la clarificación de proyecciones, ansiedades y ambivalencias contenidas en el vínculo, lo cual conducirá a desenmarañar núcleos conflictivos contenidos en formas estereotipadas de relación, las que pudieran estar inhibiendo e interfiriendo el crecimiento y el desarrollo.

Todos estos recursos técnicos son maniobras que se ponen al servicio de descubrir funcionamientos psíquicos previamente inaccesibles, y de acceder a áreas inexploradas que permitan comprender vivencias no verbales o fantasías inaccesibles que han estado obstaculizando el libre despliegue de la relación, al tiempo que han interferido el cauce normal de los procesos madurativos del niño. Por lo tanto, el proceso tenderá

a transitar por distintos periodos, en los cuales el punto de urgencia irá señalando el camino que se deberá seguir.

El encuadre en el abordaje vincular tiene un valor fundamental, y es considerado como un tipo particular de ambiente de amparo para la recepción de la dinámica vincular. Se espera que sobre esta base se desplieguen procesos que se constituyan en modos de objetivación consciente de estados psíquicos relacionales. Para ello se les ofrece a madre e hijo un *setting* que favorezca la mutualidad y que estimule la emergencia de un espacio potencial, donde lo nuevo y creativo tenga cabida. Este tratamiento requiere (principalmente durante el primer periodo) que el encuadre provea cualidades de amparo y contención, que privilegie una comprensión empática del niño y de su madre donde se contemplen sus niveles de desarrollo y etapas evolutivas respectivas. Es necesario que prime una sensibilidad capaz de considerarlos como personas separadas y diferentes, y que reconozca al mismo tiempo la profunda interrelación y dependencia existente entre ellos, caracterizada por una mutua proximidad consciente e inconsciente.

Como resultado, se espera que esta modalidad terapéutica provea un “ambiente facilitador”, de cuidado y de apoyo no intrusivo, y que se vaya constituyendo como una matriz que sirva de espacio para el despliegue de las capacidades de ser, con lo cual se generen las condiciones necesarias para que los teatros internos subjetivos e intersubjetivos puedan ser representados y elaborados.

A lo largo de todo este proceso se sostiene la premisa de que el niño que puede “ser” dispondrá de la capacidad de sentirse real y vivo, y de confirmar su sensación de existencia. Por lo tanto, se tenderá a privilegiar el reconocimiento mutuo entre madre e hijo desde sus sí-mismos independientes y diferenciados, sin que prevalezcan grandes invasiones ni intromisiones y sin que el sometimiento ni el control invaliden el sentido del Self de cada uno. De este modo se espera que los procesos de identificación se generen en un ambiente de interacción respetuosa de las subjetividades individuales.

## ILUSTRACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

A continuación presentaré parte de un proceso de trabajo analítico con la diada madre-hijo, que da cuenta de la confluencia de factores traumáticos (fallas y discontinuidades en la función materna) y transgeneracionales (duelo materno no elaborado) en la etiología de la patología de un niño de 9 años, a quien llamaré José

Antonio. Lo anterior se tradujo en la presencia de sintomatología psicósomática, que a su vez acarreó dificultades en la subjetivación de su identidad, de su historia y del vínculo madre-hijo.

### Entrevista diagnóstica con la madre

Entra a la consulta una mujer de edad media y lo primero que me dice es: *Vengo por mi niño*<sup>4</sup>. Luego me cuenta que José Antonio es un niño de 9 años, que actualmente cursa 5° Básico. Dice sentirse preocupada porque *hace dos meses que empezó a ensuciar su ropa interior*. Aparentemente se trata de una encopresis, cuyo inicio *no está ligado a ningún hecho particular*. A medida que transcurre la entrevista voy comprendiendo que la encopresis es una expresión sintomática más entre muchas otras.

José Antonio es un niño obeso y desde los cuatro años presenta tartamudez. No se adapta bien al sistema educacional, no le gusta estudiar, evade responsabilidades, miente con las tareas, no se concentra, y su rendimiento es deficiente. Desde hace un año está triste y *llora por cualquier cosa*, situación que los padres no se logran explicar. Duerme mal, le cuesta conciliar el sueño y se despierta varias veces en la noche; en la mañana siempre dice *no dormí nada*. Saca plata de la alcancía que los padres tienen para las vacaciones, con la cual compra dulces. *Dice que no lo puede evitar. Está siempre sucio, no quiere bañarse, está rebelde*.

Continúa la entrevista. La madre, en un tono de irritación creciente, dice: *Es un niño que se porta mal con nosotros... Siempre el punto negro es José Antonio, siempre haciendo tonterías, todo lo malo que ve en otros lo capta... Ochenta por ciento de las discusiones familiares son por él*.

En cuanto a su historia familiar, José Antonio es hijo de un matrimonio de profesionales, donde sólo el padre trabaja. Es el segundo hijo de un total de cuatro; el hijo mayor murió a los nueve meses de edad, de meningitis. Luego la madre tuvo dos embarazos que no llegaron a término. Transcurridos tres años desde la muerte de su primer hijo, la madre se embarazó de José Antonio; fue un embarazo complicado, con síntomas de aborto desde el comienzo, por lo que debió estar seis meses en cama y contar con diversos tratamientos para *"retener la guagua"*. José Antonio nació de término, siendo un bebé sano; lo amamantó hasta los nueve meses. Al preguntarle por el destete, ella

dice: *Tuve que quitarle el pecho a los nueve meses por el hermano* (se refiere a un nuevo embarazo que cursó sin complicaciones).

Un dato que reviste particular interés es que tanto el padre como el hijo muerto, y el paciente, tienen un nombre compuesto, siendo el primer nombre igual para los tres.

En cuanto a los antecedentes del desarrollo, éstos parecen haber seguido un curso normal, salvo que el control de esfínter fue precoz, realizándose éste al año un mes *sin ninguna dificultad*.

Poco antes de finalizar la entrevista, pregunto a la madre si hay algo que quisiera agregar o preguntar. Se queda un rato reflexionando y luego dice (en un tono claramente depresivo, que contrasta con el resto de la entrevista): *Yo siempre he tenido una duda que tal vez usted me pueda aclarar. Cuando José Antonio estaba en kínder lo hicieron dibujar lo que él quisiera, y él dibujó puras tumbas... todo negro... Yo sé que eso no es normal*.

### Entrevista diagnóstica con el hijo: primer encuentro con José Antonio

Entra a la consulta un niño que inicialmente me impresiona por su sobrepeso. Me sonrío amistosamente, pero tras sus gruesos y toscos lentes observo una mirada temerosa. Rápidamente se instala en la sala de juegos, mostrándose dispuesto a colaborar. Es cercano en el contacto y despierta simpatía en mí. Conversa abiertamente sobre sus problemas (inicialmente tartamudea bastante, lo que va disminuyendo a lo largo de la sesión).

Le pregunto cómo lo llaman los papás, ante lo cual él dice: *Mi papá me dice Perro Chico, y mi mamá me dice Porky*.

Le pido un dibujo libre. Toma lápiz grafito, traza rayas y borra muchas veces. Hace un círculo con negro y sobre éste escribe POISON con letras rojas; luego, abajo, escribe SATÁN en letras negras. Al preguntarle por su dibujo, dice: *Hice lo que se me ocurrió*. Me aclara que Poison es un grupo roquero que su madre no le permite escuchar, y que cuando ella sale él aprovecha de hacerlo. Me mira con cierta desconfianza, y agrega que también ve Carrusel y Chespirito. Le digo que tal vez él se asustó de que yo pudiera reprobarlo al igual que su mamá, y que entonces trata de "hacerse el buenito" hablándome de esos programas infantiles. Me sonrío, y en un tono de complicidad me dice: *Te voy a cantar una de esas canciones roqueras*. Canta algo que a mí me suena a gritos destemplados; y al son de esa música estruendosa termina la entrevista.

<sup>4</sup> Lo escrito en cursivas corresponde a verbalizaciones textuales.

### Sesión de inicio de la terapia analítica de la díada madre-hijo

Entra a la consulta la madre y atrás de ella, José Antonio. Llegan a la sesión discutiendo. La madre cuenta que está cansada de lo mal que se porta José Antonio. Él interviene –con voz calma y relativamente apagada– y le dice que ella no tenía derecho a botarle su póster de Poison. La madre aclara que al pintarle el dormitorio lo sacaron y que no sabe cómo después de eso desapareció. Agrega sentirse sobrepasada de tanta cosa satánica, y a continuación comienza a emitir una serie de críticas y recriminaciones contra él. Mientras ella habla, él permanece inmóvil. Parece lejano. (Pienso que las palabras de la madre pueden ser recibidas por él como los sonidos musicales de una banda de Rock pesado, que a José Antonio le es familiar y que ha escuchado muchas veces.) Él no se incorpora a la discusión, no le rebate ninguna de las innumerables quejas. Ella sigue recriminándole su modo de ser; prima un clima afectivo de irritación, discordia y hostilidad.

Por mi parte, tenía la impresión de que entre ellos circulaba una envolvente y ominosa oscuridad que se apoderaba de ellos y los poseía, de la cual no podían desprenderse. Me preguntaba qué era lo que envenenaba (*poison-ing*) tanto esa relación.

Al cabo de un rato comienzo a sentirme irritada y agobiada. Entonces intervengo haciendo un señalamiento a partir de mis sentimientos contratransferenciales y les digo que *entiendo cuán cansados se sienten el uno con el otro*. Y a continuación pregunto: *¿Qué es eso de “tanta cosa satánica”?*

José Antonio: (Se activa rápidamente, y yo me sorprendo al percibir cómo el hablar sobre lo satánico lo hace “revivir”) *Satán viene de Satánico, es algo malo... Como matar, eso. Viene de la palabra diablo. El año pasado vi una película que se llamaba “Los perros de Satán”. Se trataba de una familia que tenía una perra y se cruzó con un perro que había llegado al mundo por obra de Satán, y nació un perro satánico que los contagiaba a todos diabólicamente*. Continúa contando con entusiasmo y excitación las peripecias que ocurrían en la película, mientras la madre permanece con el ceño fruncido y en una actitud de franca hostilidad. Luego ella lo interrumpe, se dirige a mí y me dice con desagrado: *Se da cuenta, le encantan las películas terroríficas*, a lo que él replica (en un tono de voz apenas audible): *yo nací viendo películas terroríficas*. La madre lo mira desafiante, pero las miradas no se encuentran, pues él ya no está. Nuevamente su mente parece haberse ido, mientras su cuerpo permanece inmóvil. Permanecemos en silencio.

Al cabo de un rato les digo que *mientras escuchaba el relato de la película satánica me acordé del sobrenombre de “Perro Chico” y pensé que era posible que haya cosas terroríficas rondando entre ellos, y que tal vez hay algo de eso dando vueltas en la relación de ambos, sobre lo cual no logran hablar más directamente*.

Se produce un largo silencio, tras lo cual la madre irrumpe en un llanto desconsolado. Permanecemos así durante un rato hasta que siento que José Antonio se va angustiando cada vez más. Entonces le digo que *es probable que la mamá haya tenido guardadas esas penas durante mucho tiempo, y que necesitaban salir*. Siento cómo la madre se va calmando, al tiempo que José Antonio también se apacigua.

Entonces la madre trae un recuerdo y cuenta entre sollozos que después de la muerte de José Ángel ella iba al cementerio todas las semanas, y que cuando nació José Antonio continuó yendo una vez por semana y lo llevaba con ella, pero que a él lo dejaba durmiendo en la silla del auto, mientras ella visitaba la tumba de su hijo muerto. Luego, al cumplir éste un año, empezó a caminar, y entonces ya no lo dejó más en el auto; lo llevaba con ella a visitar la tumba. Entre lágrimas la madre dice que hace mucho tiempo que no pensaba en eso, y menos aún en cuánto pudo haberle afectado a José Antonio todo eso. Continúa llorando, parece reflexionar y luego agrega en voz más baja –como hablándose a sí misma–: *Pero si era tan chico, era sólo una guagua*.

Contratransferencialmente siento una tristeza profunda, junto con un estado de confusión al no poder discriminar si el último comentario de la madre aludía al hijo vivo o al muerto. Esta confusión fue un elemento que facilitó el entendimiento de las dinámicas intersubjetivas de la díada.

\*\*\*

En esta sesión se vio cómo el recuerdo evocador de la madre iluminaba acontecimientos históricos altamente traumáticos, que se remontan a antes del primer año de vida del hijo.

En la siguiente viñeta clínica se visualiza cómo, en virtud del tratamiento, el niño y su madre fueron elaborando experiencias de un pasado vivo, y cómo estas experiencias se fueron transformando en representaciones mentales.

Más específicamente, me propongo ilustrar el curso que fue tomando el tratamiento, donde va esbozándose cómo el mundo objeto interno de la madre y el del niño se despliegan transferencialmente en un drama intersubjetivo viviente, en el contexto de la relación analítica.

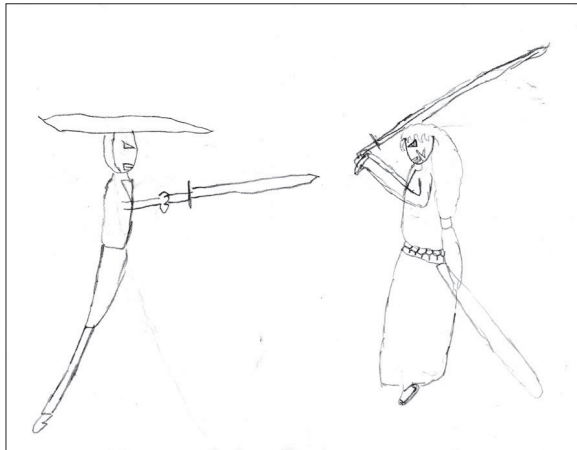


Figura 1

Esta viñeta corresponde a una sesión posterior a una donde había habido un reconocimiento explícito de que el síntoma de la encopresis ya no estaba presente.

### Sesión de proceso de la terapia analítica de la díada madre-hijo

Llegan puntualmente a la sesión. José Antonio se dirige a la caja de juegos, busca en el interior y dice: *No encuentro al tigre... Aquí hay un humano. Éste soy yo, estoy en la guerra, estoy metralando, tirando balas* (sonidos de guerra, bombardeos). Hace chocar a dos muñecos. Está un buen rato representando guerras y choques entre dos personas, y alternadamente les pone un pedazo de tela sobre los hombros (capa, que en otra sesión se había comprendido como una pesada carga que debían sobrellevar mientras continúan peleando). Entonces grita excitado: *Lo maté, lo maté... Yo me sé una canción esa del grupo "Qué Pasa"; esa que dice "Yo te quiero, te quiero, te quiero"* (canta).

T: *Pienso que el grupo "Qué Pasa", acá mamá-hijo, podría preguntar: ¿cómo se pasa de la violencia y la muerte, al yo te quiero, te quiero, te quiero?*

J.A: Toma un lápiz y hace una secuencia de tres dibujos (Figuras 1, 2 y 3). Y anuncia: *Yo para dibujar, primero miro un buen rato y después copio... Para dibujar hay que tener paciencia, y copiar despacito.*

T: *Miro sus dibujos y le digo que a veces resulta tan difícil diferenciar los límites del amor y del odio o, como en tus dibujos, el límite entre los buenos y los malos... Me pregunto, ¿quién es quién?*

J.A: *Yo sé falsificar la firma de mi mamá, ¿te la hago? (la hace). No me salió muy bien, pero ahí está; hay veces que me sale idéntica... con lápiz mina me sale mejor.*

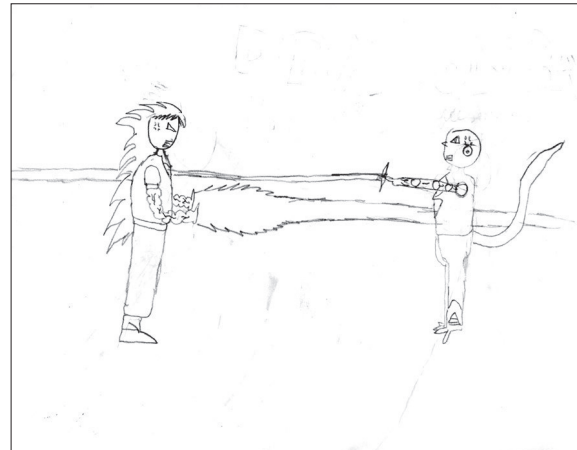


Figura 2

T: *Pienso cómo él está hablando de un "borramiento" de su subjetividad, de hacerse desaparecer como un yo distinto. De una difusión de límites de la díada madre-hijo. Pero decido no interpretar aún este aspecto.*

T: *Cuando estabas jugando a la guerra yo sentía cómo los ataques violentos te entusiasmaban cada vez más, y al tú sentir tu propia excitación, esa sensación aumentaba y crecía cada vez. Mientras la mamá...<sup>5</sup>*

M: (interrumpe) *Doctora, si este niño no tiene vuelta, nos va a matar con tanta violencia.* Y en un tono de marcado malestar, continúa criticándolo.

T: *Mi primer pensamiento fue que, con su intervención, la madre, más que agredir al hijo, lo que estaba haciendo era matar mis palabras, mis ideas y mi posibilidad de*



Figura 3

<sup>5</sup> Intervención destinada a señalar la desregulación afectiva y el fenómeno de autoentonamiento (Stern, 1985; Sander, 1992).

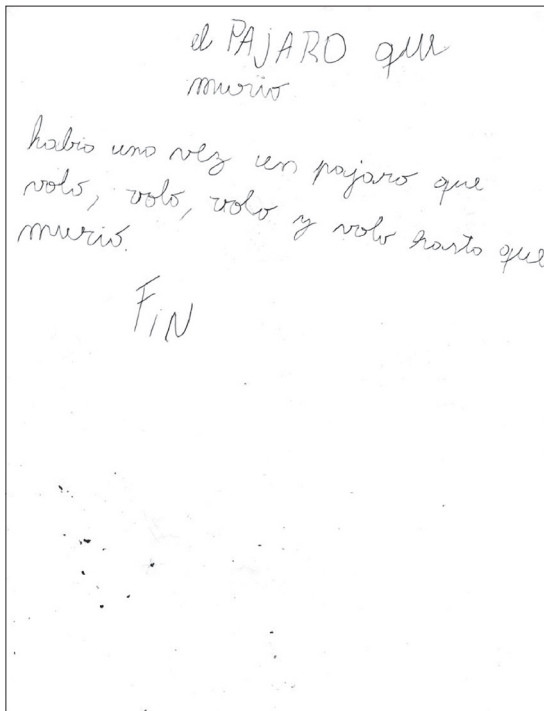


Figura 4

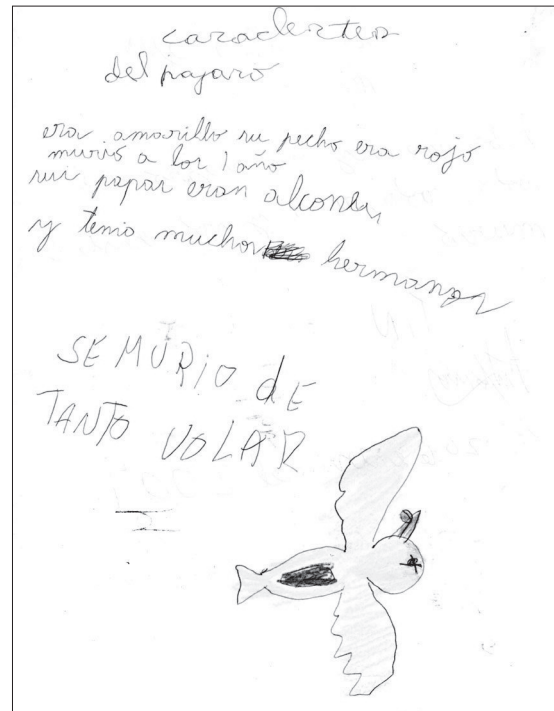


Figura 5

ayudarlos (mi subjetividad), y que esto representaba una escenificación en la transferencia del modo predominante de la relación madre-hijo (patrón: agresión-ausencia). Contratransferencialmente sentía mucha rabia, acompañada de una intensa perturbación emocional que me paralizaba. A partir de esto, y de registrar una atmósfera densa y particularmente hostil que se había generado en la sesión, me vi llevada a pensar que el movimiento de la madre se orientaba a afectarme vía identificación proyectiva, depositando en mí la rabia y la crueldad de su súper-yo, también la impotencia y la vulnerabilidad. Entonces me sentí impulsada a interpretar ese aspecto, pero el apremio y la intensidad emocional me alertaron; me puse más prudente y más cauta, y sólo entonces pude empezar a pensar desde un estado afectivo interno de mayor tranquilidad. Me pareció que el aspecto central de lo que sucedía tenía relación con un intento por parte de la madre de comprometerme en una especie de ataque sadomasoquista, con lo cual me invitaba provocativamente a contra-actuar a través de realizar interpretaciones acusatorias y críticas en su contra (así como ella hacía con su hijo), y de este modo el foco pasaba de la guerra representada lúdicamente a la escenificación transferencial. Pienso que éste fue un momento relevante del tratamiento, puesto que me permitió acceder a una comprensión de un modo de vi-

venciar la interacción madre-hijo a través de la propia experiencia y de los propios afectos. Esto se repitió con distintos matices muchas veces durante el tratamiento.

En este contexto, creo que la maniobra técnica a la cual se recurra resulta trascendental, puesto que habría sido fácil que el camino de la interpretación transferencial en ese momento nos hubiera conducido a un *impass* al modo de una disyunción intersubjetiva.

Vuelvo a la sesión. Me mantengo en silencio tratando de digerir mi pensar y mi sentir, y entonces me sorprende al descubrir que ha transcurrido un tiempo, y que mi atención se ha alejado totalmente de José Antonio (¿también yo lo había borrado, por medio del mecanismo de identificación con el agresor?). Me pregunto, ¿será ésta una escenificación transferencial-contratransferencial que da cuenta de cómo la subjetividad de la madre y de la terapeuta quedan subsumidas en un interjuego de subyugación mutua que impide el reconocimiento fundamental de las identidades individuales y relacionales necesarias en todo evento psicológico-interpersonal, generándose de este modo un colapso del espacio potencial?

Me mantengo en silencio tratando de comprender qué pasa. Mientras, observo que sobre la mesa hay una hoja en la cual José Antonio ha estado escribiendo y dibujando (Figuras 4 y 5). Miro sus dibujos y le digo:

T: *Pienso que pudiste sentir que te quedabas solo en un ambiente difícil que amenaza con tanta destrucción, pero pareciera que pudiste poner en marcha tus capacidades y expresar a través del papel cosas difíciles que han pasado y pasan adentro y afuera tuyo.* Entonces le pido que lea lo que ha escrito.

J.A: Lee primero una carilla sobre la cual ha escrito como título: *El pájaro que murió* y el relato dice: *había una vez un pajarito que voló, voló, voló y voló hasta que murió* y abajo *Fin*. Por el reverso de la hoja escribe de título: *Características del pajarito* y agrega como texto: *era amarillo, su pecho era rojo, murió a los 1 año. Sus papas eran alcones. Y tenía muchos hermanos.* Abajo agrega en letras grandes *SE MURIÓ DE TANTO VOLAR* y dibuja un pájaro con las alas extendidas, un candado en la boca y una cruz en el ojo (que parecieran clausurar el lenguaje y la mirada).

Registro cómo la madre, el hijo y yo centramos la mirada en el papel, y cómo quedamos conmovidos con la comunicación de José Antonio (la cual pienso que ha operado en la mente de cada uno de nosotros como un acto interpretativo). Al rato nuestras miradas se entrecruzan y se profundizan, mientras permanecemos sintonizados a un estado afectivo depresivo-melancólico. Miro el reloj y descubro que estamos en la hora de término de la sesión.

\* \* \*

En el transcurso del trabajo analítico salieron a la luz muchos aspectos del significado de esta representación transferencial, la cual expresaba un tipo particular de vínculo y de relación objetal. En esta viñeta se aprecia cómo la disociación es un mecanismo que no sólo opera en el campo del psique-soma. En este sentido, se podría decir que esta sesión ejemplifica cómo operan los mecanismos de disociación en la tríada paciente, analista, madre, y más específicamente cómo la experiencia disociadora de un patrón interaccional diádico es actuada en la transferencia.

## REFLEXIONES EN TORNO AL TRATAMIENTO VINCULAR

*En un ciclo negativo de reconocimiento, se siente que la soledad sólo es posible obliterando al otro inclusivo, y que la sintonía sólo es posible rindiéndose al otro.*

Benjamin, 1996, pp.43

Escogí esta modalidad de tratamiento por creer que las condiciones ambientales –vale decir, un mínimo de la estabilidad y confiabilidad necesarias para llevar a cabo

un proceso analítico clásico, centrado en el análisis de la transferencia– no estaban disponibles. Pensé que, a poco andar, los padres interrumpirían dicho tratamiento, principalmente por tratarse de un caso de duelo traumático intergeneracional. Por otra parte, la madre no estaba dispuesta a iniciar un tratamiento individual para ella. Ello me llevó a ampliar el campo de la curación psíquica desde lo individual hacia lo diádico, para así abarcar los orígenes de la influencia patógena en la temprana infancia. Para ello debía abordar los conflictos relacionales tempranos, al tiempo que creaba las condiciones necesarias para cautelar el proceso terapéutico. A partir de éste y otros casos comprendí que ésta era una modalidad terapéutica con peso específico en sí misma, y que resultaba necesario ir profundizando aspectos teóricos y técnicos de esta modalidad de terapia.

## El proceso terapéutico

En la primera viñeta del tratamiento he descrito parte de una sesión vincular en donde lo que se actualiza guarda relación con las interacciones tempranas madre-hijo, y con la dificultad de ambos para metabolizar angustias intensas. La secuencia clínica da cuenta de cómo un encuadre de amparo psicoanalítico permite trabajar sobre los temores de muerte, y “descongelar el terror indecible”. El material muestra de manera elocuente cómo el recuerdo de la madre surge como objeto evocador de una experiencia traumática de la primera infancia de José Antonio, la que abre una puerta de entrada para elaborar lo “sabido no pensado” en el trabajo clínico de la díada. La evocación del recuerdo, acompañada del impacto emocional contenido en el encuadre y en la transferencia, fue permitiendo, tanto a la madre como a su hijo, tomar conciencia de lo traumático de esos acontecimientos que no habían podido ser integrados psíquicamente. Pienso que, para José Antonio, la “experiencia del cementerio” no pudo ser metabolizada como para ser elaborada simbólicamente ni reprimida, sino que fue perdurando como una forma de vivenciar recurrente. Él, siendo un bebé, no contaba con los medios para procesar ni pensar lo que sabía a través de la experiencia; tan sólo podía conservar en bruto ciertas áreas del estado de su sí-mismo.

Pienso que la difusión de identidad que la madre transmitía a su hijo en el contexto de la muerte y de lo ominoso se ajusta a experiencias depresivas y de aniquilación intolerables, a las cuales José Antonio les hizo frente con defensas esquizoides, maníacas-“satánicas”, autistas-“ausencia”, y somáticas; como un intento precario de sobrevivir.

Retomando la viñeta, vemos cómo mientras la madre recrimina al niño éste permanece absorto en sus propios pensamientos. Contratransferencialmente lo siento habitando en otro espacio; un espacio no tan lejano ni tan cercano, pero donde no parecía estarse desarrollando un procesamiento íntimo de su existir, donde su existencia quedaba desvitalizada y suspendida entre tinieblas. Siento curiosidad por saber qué está sucediendo en su interioridad, pero decido no interrumpirlo ni a él ni a su madre. Permanezco ahí escuchándolos psicoanalíticamente, respetando sus respectivas formas de comunicación. Creo que la función principal que yo ejercía era la de ampararlos a ambos y al proceso que se sucedía en un tiempo y espacio definido. Luego, tras mi intervención asociativa de “Perro Chico”, se produce un largo silencio. La madre cae en un estado de ensimismamiento intenso, del cual sale trayendo un recuerdo evocador que emerge en ella, y que coloca a disposición tanto de nuestras capacidades individuales como intersubjetivas de elaboración. Pienso que el compartir intersubjetivo de ese momento actual fue una experiencia que recapituló los aspectos traumáticos contenidos en la temprana vida relacional, así como aquello traumático que tuvo lugar antes de que José Antonio naciera.

En términos generales, la función principal que ejercía como terapeuta durante el primer periodo del tratamiento era de sostén. Pienso que si hubiera asumido un rol más activo e interpretativo, hubiera sido experimentado como una intrusión, que podría haber impedido la apertura del espacio potencial necesario para la expresión de la vivencia traumática, cuya escucha generaba las condiciones para que el flujo de la veta creativa que estaba emergiendo del encuentro intersubjetivo pudiera desplegarse. Siguiendo los lineamientos de Winnicott (1971), creo que la emergencia del recuerdo evocador representó un momento propicio para la generación de un movimiento espontáneo conducente a abrir el espacio potencial para que se expresara la vivencia del trauma y fuera escuchado de modo que posibilitara la constitución de un “objeto subjetivo”, capaz de abrir la facultad de ilusión y luego el espacio transicional de la experiencia de la diada. Al empezar a prestar atención a las recurrentes puestas en escena del patrón “agresión y ausencia” en el que rápidamente quedaban instalados, me fue resultando evidente cómo durante el primer tiempo de tratamiento la madre se resistía a reconocer las comunicaciones de su hijo, e inducía la situación de tal manera que tanto él como ella quedaban inmersos en la narrativa de un discurso inconsciente compartido, donde ese modo de funcionar estaba arraigado. Ese patrón fue comprendi-

do en un primer momento como una representación en el escenario analítico de una situación traumática, en donde una y otra vez la madre “mataba” la subjetividad emergente de su hijo vivo, con lo cual se re-escenificaba el trauma de la muerte de su primogénito (posiblemente experimentada como ataque culpógeno y persecutorio contra lo vital).

Entiendo la “ausencia” de José Antonio como un estado de vacío interno producto de experimentar cómo se ha atentado contra el sentimiento de su propia realidad. En esas circunstancias, pareciera que su Self queda desconectado de la vivencia humana de intersubjetividad, porque la madre niega inconscientemente la existencia única de este hijo en tanto sujeto. Es decir, la “ausencia” es respuesta al trauma del no reconocimiento por parte de la madre de su Self. De a poco fui comprendiendo que José Antonio tenía suspendida su existencia, y que se encontraba inmerso en un mundo relacional (con su madre) donde no se consideraba su ser real sino donde ambos estaban rígidamente vinculados a través de encarnar proyecciones, ansiedades y conflictos ligados a lo que pudo ser experimentado históricamente como ataque o violencia contra lo vital<sup>6</sup>.

Cada vez iba resultando más nítido de qué manera los factores maternos (en parte vinculados a una depresión de la madre por el duelo no resuelto, así como a factores caracterológicos) complicaron el cauce normal del desarrollo del vínculo del bebé con su madre; específicamente, se vieron perturbados los procesos de espejamiento en la constitución de la subjetividad de José Antonio, así como la capacidad de la madre para reconocer y sintonizar con las necesidades y estados emocionales de su hijo. Incluso, me parece posible que la dificultad que tuvo la madre para embarazarse después de la muerte de su hijo, así como los abortos y los “síntomas de pérdida” durante el periodo de gestación de José Antonio, hablan de una fragilidad materna tendiente a disociaciones a nivel de psique-soma, que tuvo como resultado dificultades para habitar su propio cuerpo. Esto, a su vez, llevó a disociaciones en su hijo, expresadas en la necesidad de llenar el hueco de la madre dejando atrapadas sus propias necesidades de expresión de vitalidad, de agresión y de amor, lo que

<sup>6</sup> Llegada a este punto, quisiera destacar la importancia de que el terapeuta vaya elaborando internamente la intensa contratransferencia que genera el trabajo con la diada madre-hijo, principalmente cuando el vínculo tiene relación con fantasías infanticidas. En este caso en particular, la intensidad contratransferencial en términos de repudio y rechazo resultaba por momentos difícil de manejar

condujo hacia un modo de relación con características sadomasoquistas<sup>7</sup>.

La sintomatología psicósomática en la vida de José Antonio pasó a ser en mi mente un indicador de cómo se había ido clausurando la posibilidad de construir una identidad saludable y una subjetividad propia. En este sentido, al iluminar su identidad psicósomática, nos acercamos –vía corporal– a escuchar una manera de vivenciar su sí-mismo, y de comprender cómo se fue configurando su existir. Manifestaciones psicósomáticas como la encopresis, la obesidad y la tartamudez pasaron a constituir una forma de lenguaje que contenía un saber somático, y que encerraba crípticamente elementos que no habían podido ser mentalizados psíquicamente.

Manifestaciones psicósomáticas como la encopresis, la obesidad y la tartamudez pasaron a constituir una forma de lenguaje que contiene un saber somático, y que encierra crípticamente elementos que no habían podido ser mentalizados psíquicamente. Poco a poco fui aceptando que me era imposible llegar a una traducción unívoca de lo que los síntomas pudieran estar señalando, y entonces éstos pasaron a ser comprendidos (internamente por mí) –en diferentes momentos del tratamiento– desde distintos vértices. Muy tempranamente, el lenguaje del cuerpo fue entendido como expresión de lo ingobernable e incontrolable de su existir, cómo aquello corporizado sintomáticamente lo dejaba a él sometido y controlado por la irrupción incontenible de las heces, y de las palabras que avasallaban y se atropellan unas a otras, mientras buscaban una forma de expresión. En otros momentos comprendí la encopresis como una expresión somática de un duelo patológico, donde el acto de retener las heces (o su equivalente a partes muertas) lo llevaba a un estado próximo a la intoxicación (o al envenenamiento-“poisoning”), debiendo expulsarlas violentamente como una manera que le permitiera preservar un precario sentido de ser. En este sentido pensé que J. Antonio contenía elementos segregados e indeseados del sí mismo de su madre dentro de sí, elementos que le habían impuesto la pesada carga de sobrellevar en su mundo interno la ajenidad de muertes y conflictos que no lo constituyen, y que de este modo lo hacen portador de un cúmulo de partes no integradas y de introyectos maternos indeseados, que no respetan su identidad. En otros momentos la

tartamudez fue entendida como esbozos de palabras que abortan antes de llegar a término, lo que podría ser una representación de lo traumático contenido en el vínculo madre-hijo. Estas distintas aproximaciones confluían en la idea de que en la vida de J. Antonio, y más específicamente en la vida vincular con su madre, ambos permanecían cautivos, prisioneros de experiencias no simbolizadas y de proyecciones masivas.

Ahora bien, técnicamente el trabajo clínico se encauzaba a vivir una experiencia con la díada, de modo que en ningún momento del tratamiento se interpretaron directamente los síntomas desde una aproximación intrapsíquica. No hubo un intento por analizarlos, aunque era evidente la perturbación, así como el dolor que ellos ocasionaban. Se partió del supuesto de que los factores conflictuados que estaban detrás de los síntomas iban a aparecer como expresión de relaciones objetales internalizadas, que impactaban la relación de la díada y los fenómenos transferenciales y contratransferenciales con la terapeuta, y la atención se dirigió a ese campo. El camino elegido fue privilegiar el despliegue y la exploración del mundo intersubjetivo de la díada a través de las manifestaciones transferenciales/contratransferenciales. Este abordaje técnico se sustenta a su vez en la necesidad de preservar una tensión generativa entre la privacidad de cada uno y las comunicaciones interpersonales; de modo que el análisis comprensivo se desarrolla en el contexto de los sucesos analíticos compartidos intersubjetivamente.

Este aspecto queda más claramente ilustrado en la segunda viñeta clínica, donde el no interpretar precozmente los síntomas desde lo intrapsíquico sino el mirarlos desde la intersubjetividad permitió que se expresaran representaciones transferenciales inesperadas e impredecibles, mientras en forma paralela se iban desarrollando sentimientos contratransferenciales impensados en la interioridad de la terapeuta.

Esta manera de trabajar clínicamente hace necesario contar con una comprensión de la identificación proyectiva, puesto que ella ocupa un lugar central en la configuración de la identidad, así como en el modo de establecer relaciones objetales. En el contexto de este trabajo clínico resulta esclarecedor conceptualizar la identificación proyectiva siguiendo los planteamientos de Ogden (1985), vale decir, como un proceso psicológico interpersonal (una forma de defensa, de comunicación y de establecimiento de relaciones objetales), que se presenta fuera del contexto de una dialéctica de ser y no ser el otro, es decir, fuera del espacio potencial. Desde este punto de vista interpersonal, la identificación proyectiva pasa a constituir un medio a través del cual la madre induce una designación coercitiva hacia

<sup>7</sup> El funcionamiento de la díada madre-hijo puede ser comprendido como un modo de reacción donde prima el masoquismo intersubjetivo. No obstante, el desarrollo de estas ideas excede los objetivos de este capítulo.



su hijo, con lo cual éste termina desempeñando un papel en la fantasía inconsciente externalizada de ella. Esto trae como consecuencia el que su habilidad para vivenciar su estado subjetivo como una realidad psíquica se ve amenazada, producto del colapso del espacio potencial y de la imposibilidad del reconocimiento del otro. Por lo tanto, sus percepciones pasan a ser experimentadas como “la realidad”, en oposición a lo que podría ser una construcción propia y personal.

En la vida de José Antonio lo anterior trajo como consecuencia una limitación de los procesos psicológicos dialécticos a través de los cuales se van generando los significados simbólicos, y se los comprende. En consecuencia, ni la madre ni el hijo eran capaces de vivir una variedad de significados personales. Por el contrario, se apoderaba de ellos un poderoso sentido de inevitabilidad, según el cual ninguno de los dos podía concebirse a sí mismo o concebir al otro de manera diferente o con menor intensidad. Esta manera de entender la identificación proyectiva iluminó el tratamiento y contribuyó a que el trabajo con la díada se orientara a establecer una subjetividad genuina, donde tanto la madre como el hijo adquirieran una comprensión tanto de sí mismos como del otro y un modo de relacionarse más amplio, lo cual encauzó el vínculo hacia el fortalecimiento de la dialéctica relacional.

### El Caso Clínico en la perspectiva de la interacción temprana

Al considerar una comprensión del caso clínico aquí presentado desde el vértice de los estudios de la interacción temprana, se podría plantear que el recuerdo evocador de la madre pasó a constituir una pieza esencial del panorama relacional. Esto dio luces acerca de lo que Stern (1989), desde la perspectiva del desarrollo temprano, ha comprendido como un evento ligado a un traumatismo precoz cuya elaboración psíquica se ve dificultada. En José Antonio habría habido un registro de experiencias traumáticas donde tuvo un rol crucial la percepción transmodal, a través de la cual él, siendo un bebé, probablemente pudo establecer vínculos entre percepciones (traumáticas) diferentes, hasta construir RIG (Representaciones de Interacciones Generalizadas). En esta perspectiva, pienso que el recuerdo evocador de la madre representó una ventana de entrada para aproximarse a esas experiencias tempranas de la díada madre-hijo, las mismas que no habían podido ser mentalizadas ni inscritas temporalmente en la memoria. Ellas, por su parte, permitieron alertar y orientar la escucha clínica con miras de decodificar los indicadores actuales que las representaban.

Pienso que José Antonio nos lleva a explorar áreas de la experiencia traumática temprana que se encuentran imposibilitadas de ser recordadas, puesto que nunca fueron reprimidas. Al no ser rememorables, será labor del trabajo analítico posibilitar que esas experiencias se construyan como “recuerdos paradójicos”, en el sentido de que son memorias de una experiencia que no advino nunca al Yo (Roussillon, 1991)<sup>8</sup>.

En el entendido de que hay experiencias traumáticas que son irreductibles –es decir, no son posibles de ser abolidas y, por lo tanto, perduran a través del tiempo–, cabe examinar de qué manera aquello irrepresentable se expresa en la existencia de José Antonio. Esto nos conduce a examinar el terreno de lo psicossomático, en donde pienso que dichas experiencias conservan cierta eficacia, en términos de producir efectos. Se podría hipotetizar que hay un cierto saber somático a través del cual se puede captar el efecto de las huellas de experiencias traumáticas tempranas no simbolizadas, que habrían encontrado una vía (desadaptativa) de expresión y de tramitación, acarreado como consecuencia la disociación del psique-soma, con la concomitante sobrecarga del cuerpo. De este modo, parte de la problemática se habría alojado en el cuerpo, quedando destinada a permanecer inconsciente e incognoscible, y encerrando un código enigmático que mantiene al cuerpo disociado de la psique.

Resulta interesante ver cómo interacciones tempranas de la díada madre-hijo se habían estado revelando todo el tiempo a lo largo de las sesiones, sólo que ello sucedía a través de otros sistemas de figurabilidad, no el verbal. Se comunicaban por medio de expresiones faciales, por las pausas y los silencios, por la excitación contenida en ciertas interacciones. Y también lo hacían a través de experiencias contratransferenciales que, en distintos momentos, tomaron formas tan variadas como sensaciones de ahogo, de encierro, de pesadez en el aire y de una intensa sensación de vacío

<sup>8</sup> Roussillon, a través de diversas investigaciones, ha considerado la existencia de tres sistemas mnémicos a partir de los cuales clasifica tópicamente tres tipos de registros, los que son característicos de tres edades y lógicas particulares. Al primer sistema mnémico –el que rige en el caso aquí descrito– llama arcaico o precoz, el cual estaría íntimamente relacionado con lo que Stern ha llamado percepción transmodal, y al cual no es posible acceder directamente. Plantea que las vías de resurgimiento de estas huellas psíquicas no simbolizadas podrían ser captadas a través de escenificaciones, de indicadores específicos externalizados a través de la motricidad o expresividad corporal.

en el estómago. Vale decir, se manifestaba a través de un idioma particular aún pre-verbal, que singulariza el campo intersubjetivo de la díada y al cual resulta difícil acceder y dilucidar en un principio, puesto que requiere de una escucha que privilegie la riqueza textural de ese vínculo en particular; requiere ir transformando la sintaxis de gestos y sensaciones en lenguaje y cogniciones. Es sólo retrospectivamente que esto se devela con nitidez. Aparece sólo después de aguzar los sentidos y captar pequeñas claves que se anuncian a través de intuiciones, transferencias/contratransferencias, sensaciones somáticas ligadas a algunos eventos reiterados, o bien con la ayuda más directa dada por la emergencia de recuerdos evocadores que logran iluminar el mundo relacional de la temprana infancia.

### La evolución del caso clínico

Recapitulando el caso clínico presentado en este artículo, las dinámicas relacionales que se evidenciaron en el vínculo de la díada madre-hijo correspondían a formas muy primarias de funcionamiento, para las cuales no había acceso a través del pensamiento ni del lenguaje. Se trabajó sobre la idea de que hubo una “falla ambiental” en las primeras etapas del desarrollo emocional del niño, lo que dio como resultado la formación de una estructura defensiva yoica altamente organizada; ésta llevó a la constitución de un falso sí-mismo, que ocultaba y protegía al verdadero sí-mismo. Se posibilitó el reencontrarse con las huellas que esas experiencias habían dejado, y se propició capturar las heridas que las fallas ambientales y que la agresión contenida en el vínculo madre-hijo habían dejado, pero esta vez en un ambiente de comprensión y amparo psicoanalítico.

En este caso, el recuerdo evocador de la madre fue un elemento esencial que permitió comprender el impacto de la intrusión materna, que comprometió la organización de las experiencias corporales y relacionales del hijo, afectando el desarrollo del psique-soma y de la constitución del Self. Desde esta perspectiva, la sintomatología psicósomática de José Antonio puede ser comprendida como expresión de una alteración temprana en la regulación afectiva de la díada madre-hijo, en la cual se produjeron fenómenos disociativos precoces que llevaron a fracturar la organización emergente del psique-soma. A través de mecanismos muy primarios, él ha sido habitado –dentro de su psique-soma– por experiencias traumáticas tempranas y por identificaciones proyectivas maternas, las que se fueron organizando intrapsíquicamente e intersubjetivamente, reafirmando y estructurándose cada vez más a través del tiempo.

En términos generales, el tratamiento estuvo caracterizado por vaivenes y vértigos emocionales. Durante las primeras etapas de la terapia, la madre vivía como algo desagradable, en forma crítica y reprobatoria lo que el niño era y hacía durante las sesiones. La atenuación del patrón defensivo “agresión-ausencia” en el vínculo madre-hijo, así como en la transferencia, representaron para mí los índices de cambio psíquico más significativos, inclusive más que la disminución sintomática<sup>9</sup>.

A medida que fue transcurriendo el tratamiento se fue disolviendo paulatinamente la imperiosa necesidad de relacionarse a través de patrones interaccionales rígidos y estereotipados. Se fue dando así una mayor diferenciación y discriminación entre ambos, y entre el hijo vivo y el hijo muerto. Ella empezó a experimentar a José Antonio como sujeto, como a un otro situado fuera de ella, al tiempo que fue descubriendo facetas de su ser-madre hasta entonces desconocidas.

A medida que la terapia fue progresando, se pudo ir dando curso a la prolongada y compleja tarea interior de reelaboración del duelo pendiente, y se fue ayudando a la madre para que re-encontrara su capacidad de continencia y de rêverie, la que se había visto mermada por la experiencia traumática de muerte de su primogénito. En las terapias de la díada madre-hijo, muchas veces sucede que el mayor cambio debe realizarlo la madre. En este caso, fue claro cómo ella fue abriendo territorios vitales que desde la más temprana infancia –o, mejor dicho, desde la pre-concepción de José Antonio– habían estado habitados por lo mortuorio de un duelo insuficientemente elaborado. Así, la madre fue poco a poco ampliando y modificando los límites de su mundo, para hacer posible, dentro de sí misma y dentro de su hijo, un existir y un coexistir más saludables. Cuando la terapia concluyó “no todo era color de rosas”, sin embargo creo que ambos estaban en mejores condiciones para permitirse tener una vida propia.

### TERAPIA ANALÍTICA DE LA DÍADA MADRE-HIJO Y CAMBIO PSÍQUICO

El trabajo clínico de la díada madre-hijo es una experiencia que se sustenta en la vivencia intersubjetiva generada en el encuentro de la madre con su hijo, estando ambos sostenidos por el proceso analítico. Éste,

<sup>9</sup> La encopresis y la obesidad desaparecieron, la tartamudez persistió; la sintomatología depresiva fue reduciéndose poco a poco; los robos cesaron y se logró un mejor nivel de adaptación escolar.

a su vez, les provee de la presencia de un otro (terapeuta) con quien construir un relato de lo irrepresentable y realizar acciones transformadoras que propicien creaciones (y no sólo re-creaciones). En este sentido, se propone entender el proceso terapéutico que conduce hacia el cambio psíquico no en miras de develar lo reprimido sino como la creación de algo nuevo, que a su vez posibilita el acceso al sentimiento de estar vivo, de cohesión del Self, y de encuentro con un otro. Esta perspectiva permite plantear que el cambio psíquico se debe en parte a variables ligadas a factores que permiten que el andamiaje subjetivo e intersubjetivo de la díada madre-hijo pueda desplegarse.

En términos generales, en el trabajo de la díada madre-hijo resulta útil tomar, desde la filosofía, las ideas de Martin Buber (1957), según el siguiente de sus planteamientos:

La base única de la vida del hombre con el hombre es doble: de un lado, el deseo de todo hombre de verse confirmado como lo que es –e incluso como lo que puede llegar a ser– por los hombres; del otro, la capacidad innata del hombre de confirmar a sus semejantes en dicha forma. Que esta capacidad esté tan tremendamente descuidada constituye la verdadera debilidad y cuestionabilidad de la raza humana: la auténtica humanidad existe sólo ahí donde esta capacidad se despliega. Por otra parte, naturalmente, un vacío reclamo de confirmación, sin apego al ser y al devenir, vicia una y otra vez la verdad de la vida entre hombre y hombre...

Me atrevería a agregar que el descuido al que Buber se refiere genera un terreno propicio para que la psicopatología de la díada madre-hijo se desarrolle; y que, por lo tanto, el cambio psíquico va a encaminarse a restaurar o a favorecer que dicha "humanidad" tenga cabida.

Integro esta comprensión filosófica con las ideas de Ogden, quien, desde el psicoanálisis, ha planteado que toda forma de psicopatología representa un tipo específico de limitación a la capacidad individual de estar completamente vivo como ser humano. Y que, por lo tanto, la finalidad del análisis, desde este punto de vista, sería más amplia que la de la resolución del conflicto intrapsíquico inconsciente, la disminución de la sintomatología, el incremento de la intersubjetividad reflexiva, la autocomprensión y el aumento del sentido de ser agente personal. Al respecto, postula que aunque el sentimiento de estar vivo está íntimamente relacionado con esas capacidades, es la sensación psíquica de vida la que debe ser considerada como un aspecto

central del trabajo clínico (Ogden, 1995). De este modo, se parte de algo tan básico y esencial a la vez, como pensar que los cambios psíquicos a los que pudieran aspirar los tratamientos de la díada madre-hijo estarían íntimamente relacionados con el desarrollo –en cada miembro de la díada– de la capacidad de estar vivo como ser humano y poder relacionarse con otro.

Sostener un marco analítico que proporcione contención y tolerancia de los distintos estados afectivos producto del entrecruzamiento de las subjetividades individuales, es en sí misma una experiencia curativa y transformadora para el vínculo madre-hijo, en tanto se produce una intervención sobre los fenómenos de entonamiento afectivo que incluso pudiera llegar a ser transmodal. De este modo, el terapeuta intenta proveer a la díada las condiciones para promover experiencias de vinculación donde prime la sintonía afectiva, lo cual es puesto al servicio de restaurar las desregulaciones tempranas de la díada (Stern, 1985). Por otra parte, cuando la madre participa directamente en el proceso terapéutico en presencia del terapeuta, puede ver a su hijo y a sí misma haciendo de madre, y captar lo que sucede entre ellos de una forma distinta a cuando está sola. El acceder a esta visión que se genera en la situación clínica puede desempeñar un papel terapéutico importante (Stern, 1997).

Pareciera que el escenario descrito, basado en una escucha psicoanalítica, brinda una experiencia continuada de relaciones que trae como consecuencia la disminución del uso coercitivo de identificaciones proyectivas en la díada madre-hijo. Más específicamente, se podría decir que parte del progreso terapéutico está anclado en ciertas condiciones que brinda el encuadre, en términos de permitir que durante el primer periodo del tratamiento se genere una matriz de seguridad emocional necesaria para la exploración y elaboración de aquello traumático contenido en el campo intersubjetivo de la díada madre-hijo. Esto, a su vez, posibilita que el terapeuta se constituya en "un testigo emocionalmente disponible" (Orange, 1995) de todo aquello traumático para la díada.

En síntesis, pienso que el cambio psíquico que ocurre en el trabajo analítico con la díada madre-hijo responde en gran medida a variables relacionales facilitadas principalmente por ciertas condiciones del encuadre. Éstas estarían orientadas a crear un espacio potencial donde el proceso de vivenciar y "compartir con" en sesión, e idealmente de llegar a ser junto a otro, resulta crucial para que cada uno de los miembros de la díada repare su identidad alterada o dañada, y pueda emerger una nueva y más sana relación formada por sujetos más integrados, más autónomos y más vivos.

## REFERENCIAS

1. Beebe B, Lachmann F (1988) The contribution of mother-infant natural influence to the origins of self-and object representations. *Psychoanal Psychology* 5: 305-337
2. Benjamin J (1988) *The Bonds of Love: Psychoanalysis, Feminism and the problem of Domination*. New York: Pantheon Books. [Lazos de amor: Psicoanálisis, feminismo, y el problema de la dominación. Buenos Aires: Paidós, 1996]
3. Biermann G (1969) *Handbook of the psychotherapy of children*. [Tratado de psicoterapia infantil]. Barcelona: Espaxs, 1973]
4. Bion W (1962) A Theory of thinking. *Int J Psychoanal* 43:306-310. [Una teoría del pensamiento. En *Volviendo a pensar*. Buenos Aires: Eds. Hormé, 1972]
5. Bollas C (1988) *The Shadow of the object*. London: Free Association Books. [La sombra del objeto: Psicoanálisis de lo sabido no pensado. Buenos Aires: Amorrortu eds., 1991]
6. Bollas C (1989) *Forces of destiny*. London: Free Association Books. [Fuerzas de destino. Buenos Aires: Amorrortu eds., 1993]
7. Bowlby J (1980) *Attachment and Loss*. Vol. 3: Loss, sadness and depression. London: Hogarth
8. Bowlby J (1988) *A secure base: clinical applications of attachment theory*. London: Routledge
9. Buber M (1957) "Distance and relation", *Psychiatry* 20: 97-104
10. Cooper A. M. (1992) Psychic change: developments in the Theory of psychoanalytic Techniques. *Int. J. Psychoanal* 73:245-350
11. Del Río M (2003) Trauma y desamparo [Trauma and helplessness]. *Rev Chil Psicoanal* 20(2):156-163
12. Flores S (2004) The mother as transformational object: A psychoanalytic work with dyad. [La madre como objeto transformacional: Un trabajo analítico con la díada. Paper presentado al Congreso de Fepal. Guadalajara, México]
13. Freud A (1954) *Psychoanalysis and Education*. Vol. 4 of *The Writings of Anna Freud* (8 vols.), pp. 317-26. New York: New York International Universities Press
14. Khan M (1963) The concept of cumulative trauma. *Psychoanal St Child* 18:286-306
15. Mitchell S (1988) *Relational concepts in psychoanalysis: An integration*. Cambridge: Harvard University Press
16. Ogden T (1985) On potencial space. *Int J. Psychoanal* 66:129-141. [En torno al espacio potencial. *Libro Anual de Psicoanálisis* 1:63-74]
17. Ogden T (1994) The analytic third: working with intersubjective clinical facts. *Int J. Psychoanal* 75:3-20
18. Ogden T (1989) *The Primitive edge of experience*. Northvale, New Jersey: Jason Aronson. [La frontera primaria de la humana experiencia. Madrid: Julian Yébenes, S.A., 1992]
19. Ogden T (1991) Analysing the matrix of transference [Un análisis de la Matriz de la Transferencia]. *Int J Psychoanal*. 72:593-605
20. Ogden T (1996) Reconsidering three aspects of psychoanalytic technique. [Reconsiderando tres aspectos de la técnica psicoanalítica]. *Int. J. Psychoanal* 77:883-899
21. Ogden T (1995) Analysing forms of aliveness and deadness of the transference-countertransference. *Int. J. Psychoanal* 76:695-709
22. Orange D (1995) "Emocional Understanding: *Studies in Psychoanalytic Epistemology*, Cap. 7-8. New York: The Guilford Press
23. Orange D, Atwood G, Stolorow R (2001) *Working intersubjectively: Contextualism in psychoanalytic practice*. New York: The Analytic Press
24. Stern D (1985) *The interpersonal world of the Infant. A view from Psychoanalysis and Developmental Psychology*. New York: Basic Books, Inc. [El mundo interpersonal del infante: una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva. Buenos Aires: Paidós, 1996]
25. Stern D (1995) *The motherhood constellation: A unified view of parent-infant psychotherapy*. New York: Basic Books. [La constelación maternal. Buenos Aires: Paidós, 1997]
26. Stern D (1997) *La constelación maternal: La psicoterapia en las relaciones entre padres e hijos*. Barcelona: Paidós
27. Watillon-Naveau A (1996) Essays of theoretical elaboration of joint therapies: magic or psychoanalysis? [Ensaio de elaboração teórica das terapias conjuntas: magia ou psicanálise?] *Rev Psicanal SPPA* 5(3):375-392
28. Winnicott D (1952) Psychoses and child care. In *Collected papers: Through Paediatrics to psychoanalysis*. London: Hogarth Press
29. Winnicott D (1964) *The child, the family, and the outside world*. London: Penguin Books
30. Winnicott D (1971) Interrelating apart from instinctual drive in terms of cross-identifications. In *Playing and reality*. London: Tavistock Publications [Realidad y juego. Barcelona: Gedisa, 1979]
31. Winnicott DW (1972). Holding and interpretation. London: Hogarth. [Sostén e interpretación] B. Aires Argentina, Paidós (1982)
32. Winnicott D (1987) [1945]. Primitive Emotional Development. En *Through Paediatrics to Psychoanalysis*. London: Karnac Books
33. Winnicott D (1987) *Babies and their mothers*. London: Free Associations Books
34. Winnicott D (1988) *Human nature*. London: Free Association Books.

## TEORÍA

# EL FENÓMENO DEPRESIVO DESDE LA TEORÍA PSÍQUICA

(Rev GPU 2007; 3; 3: 291-299)

José Francisco Alcalde<sup>1</sup>

El modelo médico de enfermedad ha ido ganado terreno en la Salud Mental, dados los innumerables hallazgos en las neurociencias. Estos descubrimientos parecen justificar la herencia causalística de este modelo: *la medicación es suficiente para la cura*. A pesar de los innegables avances de las neurociencias, existen vacíos en temas esenciales del fenómeno humano que no han sido abordados. Estos vacíos del conocimiento reflejan la lejana relación entre el dato y la teoría. ¿Por qué el hallazgo de “datos biológicos” implicaría que la teoría que lo explica deba ser necesariamente una teoría “biologicista”? Mientras existan estos vacíos seguiremos siendo testigos de tristes consecuencias. En el caso específico de la Depresión, produce perplejidad el hecho de que muchos suicidios se den en pacientes supuestamente bien medicados (dada la disminución significativa de los síntomas). En el siguiente artículo intentaremos ingresar al Mundo del paciente depresivo. Este Mundo se esbozará a lo largo de la búsqueda de las causas formales del fenómeno, las que se desprenderán de manera deductiva desde una base axiomática.

## LA DIALÉCTICA ENTRE LAS ESTRUCTURAS PSÍQUICAS UNIVERSALES Y EL PROCESO DE DESARROLLO PSÍQUICO<sup>2</sup>

La Física nos enseña que a mayor energía menor entropía (que se manifiesta en homogeneidad u orden) y a menor energía, mayor entropía (mayor desorden).

La vida necesita del movimiento de polaridades y se desarrolla en la búsqueda y encuentro constante del equilibrio de éstas. Por tanto la vida misma corresponde en última instancia a un equilibrio perfecto de un extremo de orden y un extremo de desorden. Es por esto que ella no necesita ni un exceso de energía ni un déficit de ésta para su desarrollo.

<sup>1</sup> Psicólogo en proceso de titulación, Universidad del Desarrollo (UDD).

<sup>2</sup> No es el propósito de este artículo referirse a todas las deducciones que se desprenden de la Teoría Psíquica aplicada al fenómeno Depresivo. En el punto 3 nos centraremos en las características del Episodio Depresivo Mayor, y en el 5 extenderemos nuestras deducciones a la Distimia (APA, 2003).

Así es fácil comprender por qué la vida encuentra tierra fértil en un lugar donde no existe ni exceso ni déficit de energía por un lado, y donde son normales los ciclos de ésta durante un tiempo que sirve como parámetro para la vitalidad.

No es causalidad entonces que el fenómeno descrito sea isomórfico a todos los procesos vitales. Las oscilaciones entre polaridades son requisito esencial para el desarrollo de la vida y se ponen en correspondencia con los ciclos de la naturaleza (p. ej., cuando llega la noche muchos animales duermen. Cuando llega el verano la mayoría de los árboles despliegan sus hojas para captar la máxima cantidad de energía).

Si existe un déficit o un exceso de energía –esta vez utilizando el concepto de manera metafórica– se pierde el equilibrio transitorio y se manifiestan con nitidez las polaridades que constituyen la vida.

Al aplicar este razonamiento a la vida humana podemos descubrir que existen *estructuras universales* (es decir inherentes a todo ser humano). Así por ejemplo, cuando tenemos hambre se acentúa la vivencia del cuerpo, y cuando contemplamos, la primacía recae sobre la mente. Cuando experimentamos un sueño profundo permanecemos principalmente impermeables frente al mundo y prevalecen nuestras significaciones más propias. Si estamos en vigilia prima el volcarse frente al mundo, y nos ponemos en correspondencia con él por medio del diálogo (intercambio de *logos*).

La primera es la estructura mente-cuerpo. La segunda es la de la aperturidad o del Self-mundo. El proceso de desarrollo psíquico se insertará al interior de ambas y en un inicio estas estructuras determinarán el proceso<sup>3</sup>. Tras la configuración del proceso (o contenido psíquico) como una unidad independiente, comenzará una retroalimentación entre estructuras psíquicas y contenido psíquico (originado tanto por el determinismo estructural inicial como por las experiencias ambientales), generando una totalidad psíquica, que servirá de morada para el desarrollo inmediato de la voluntad.

<sup>3</sup> El concepto de determinismo estructural es análogo al planteado por Maturana y Varela (1994; 1995). La diferencia radica en que las estructuras que nos determinan van más allá del SNC y se ponen en correspondencia con la esencia del hombre (por tanto son estructuras ontológicas). Se diferencia del “determinismo psíquico” del psicoanálisis (Gabbard, 2003). Este último no toma en cuenta la independencia de la voluntad.

## EL DESARROLLO UNIVERSAL DE LAS ESTRUCTURAS PSÍQUICAS

Al ser las estructuras psíquicas inherentes a todo ser humano su desarrollo y dinámica son universales. Este fenómeno biológico-psíquico invariante (del ciclo vital), fue considerado axiomático por Piaget (1992; 2001).

Nos referiremos brevemente al origen y evolución de las estructuras aquí propuestas y su contenido, limitándonos a aquellos conceptos necesarios para comprender el Fenómeno Depresivo.

A) La primera de las estructuras –la dimensión cuerpo– comienza con la primacía del cuerpo. En un inicio no existen en acto facultades del alma como el afecto y la inteligencia. A los pocos meses de vida comienza el funcionamiento del SNC, que se manifiesta en los primeros sentidos, y por tanto se da inicio a lo clásicamente denominado “conciencia” y que nosotros llamamos aperturidad<sup>4</sup>.

A pesar del surgimiento de la aperturidad como actualización de las facultades del alma, la primacía de la corporalidad sigue siendo esencial. Esto se refleja en las vivencias del bebé, donde prima lo corporal. Cuando el bebé nace, surge la primera necesidad de adaptarse a un mundo que no está determinado (a diferencia del útero que está principalmente determinado). La necesidad (en primera instancia) es vivenciada de manera desagradable y a nivel corporal. En adelante denominaremos a este estado con el término *corporalidad ego-distónica* (vivencia donde prima lo corporal de manera desagradable).

Por tanto, durante los primeros meses de vida en el hombre se alternan estados de corporalidad ego-distónica (p. ej., cuando tiene hambre o sueño), y *corporalidad ego-sintónica* (la vivencia de lo corporal prima de manera agradable, p. ej., mientras come o duerme).

Como todo lo de la mente afecta al cuerpo y todo lo del cuerpo afecta a la mente, el desarrollo de esta última dependerá, en parte, de las distintas vivencias corpora-

<sup>4</sup> La noción de conciencia requiere muchas delimitaciones y por tanto para nosotros tiene una utilidad restringida. La “aperturidad” –que en parte se asemeja y en parte se diferencia al concepto de conciencia–, puede ser definida funcionalmente y en un continuo, prestando así la utilidad necesaria para profundizar en los fenómenos psíquicos. Este concepto es propuesto por Heidegger (1926/1997) en su obra *Ser y Tiempo*, y se constituiría por “la disposición afectiva, el comprender y el discurso, y conciencia co-originariamente al Mundo, al estar-en y al Si-mismo.” (p. 241)

les (que irán acompañadas de diferentes emociones o, en nuestros términos, *significaciones*) y de sí misma.

De esta manera comienza el advenimiento de nuevas facultades psíquicas. El placer comienza a centrarse no sólo en lo corporal. El bebé ahora siente placer mientras come o duerme y también cuando está con la madre. Piaget (2001) inserta las distintas manifestaciones psíquicas en Estadios, refiriéndose especialmente a la lógica como herramienta fundamental para comunicarse con el mundo. Sin embargo la misma lógica surge de forma invariante como herramienta para suplir la necesidad, siendo esta última en su origen, de naturaleza corporal, por lo tanto la manifestación de la lógica en los primeros Estadios no implica la primacía de la mente por sobre la del cuerpo.

En adelante la corporalidad quedará supeditada a los ciclos diarios. La siguiente primacía importante de lo corporal en el ciclo vital aparece con el inicio de la pubertad (Erikson, 1985; Bertwart y Zegers, 1980). Es evidente que –dado el desarrollo de los contenidos psíquicos–, la dinámica de la primacía de lo corporal en la pubertad será completamente distinta a aquella que se da al inicio de la vida.

B) La estructura de la aperturidad también tiene su desarrollo universal, y no sólo depende de la estructura primaria<sup>5</sup> sino que está intrínsecamente vinculada con ésta.

Con la llegada de los sentidos comienza una aperturidad tenue, limitada a lo inmediato (en el tiempo), y a lo cercano (en el espacio). Por tanto podemos inferir que el sujeto durante los primeros meses de vida permanece principalmente volcado sobre sí mismo, y recibiendo de manera pasiva lo que ingresa del medio. En adelante esta primacía la llamaremos *esquizoide* (Primacía de la impermeabilidad frente al medio y, luego, frente al Mundo<sup>6</sup>). La primacía esquizoide va perdiendo intensidad en la medida que el bebé se desarrolla, y va dando paso a la primacía *cicloide*<sup>7</sup>. Esto se pone

<sup>5</sup> Primaria en un sentido temporal. Primero surge el cuerpo y la psique. Luego se instala el SNC y con esto la apertura al mundo

<sup>6</sup> Max Scheler (2004) nos enseña que existe una diferencia entre medio y Mundo. El primero implica un entorno inmediato o algo externo definido según las necesidades. El Mundo en cambio incluye –entre otras cosas–, significados

<sup>7</sup> Los conceptos de Cicloidismo y Esquizoidismo fueron propuestos originalmente por Minkowski (en Ojeda, 1981). La diferencia es que este autor se refería a estos conceptos como distintos grados de sintonía con la realidad. El

en correspondencia con el desarrollo biológico, lo que se refleja en que sentidos como la visión, no quedan completamente desarrollados, sino hasta pasadas las primeras semanas después del nacimiento. También podemos ver que las horas de sueño van disminuyendo progresivamente con el paso de los meses y los años. Esto demuestra el tránsito desde lo interno hacia lo externo, desde la impermeabilidad a la permeabilidad.

Las variaciones diarias en la segunda estructura se manifiestan en los estados de vigilia y sueño<sup>8</sup>. Esta escisión propuesta entre sueño y vigilia en parte es ontológica y en parte es funcional, porque si bien existen diferencias cualitativas entre ambas, también se puede hablar de variaciones de la permeabilidad en distintos momentos de la vigilia y del sueño. En el caso del sueño, estas variaciones se registran con el EEG. La vivencia subjetiva de estas variaciones, se traduce en la percepción de distintos grados de profundidad del sueño.

C) Por último, el desarrollo de los contenidos psíquicos está determinado en una primera instancia por las dos primeras estructuras (tal como fue mencionado más atrás). Sin embargo, en la medida que se vayan configurando, formarán una unidad en parte dependiente de las estructuras, y en parte independiente de ellas (en el sentido de que conformarán una estructura con sus propias leyes). La consolidación de los contenidos psíquicos con el paso del tiempo, implicará la capacidad de modificar –en parte– las dos primeras estructuras. Es decir, todo estado psíquico propio de un sujeto que posee un conjunto de contenidos, será en definitiva el resultado de una relación dialéctica entre las estructuras y los mismos contenidos.

---

maniaco, por ejemplo, era un cicloide que estaba en una sintonía patológica con la realidad. Nuestros conceptos en cambio se refieren a aquello que subyace a la sintonía, a saber, los grados de aperturidad frente al mundo.

<sup>8</sup> Es necesario precisar que la dinámica de la psiquis (analizando la segunda estructura como variable de una función psíquica), puede entenderse según los postulados de la Teoría General de Sistemas (Bertalanffy, 1996). Se puede conceptualizar al ser humano como un sistema cuya permeabilidad al mundo varía en correspondencia con los ciclos naturales y dependiendo de otras variables (como la estructura primaria o la atención). Según los postulados de la TGS, los límites difusos con respecto al medio (permeabilidad) hacen que el sistema se asemeje a éste. Los límites rígidos (impermeabilidad) llevan a la diferenciación progresiva del sistema con respecto al medio. En general toda deducción de esta Teoría es aplicable a la segunda estructura como variable de la función psíquica.

Entonces tenemos que, por un lado, las estructuras determinan el ingreso y el procesamiento del mundo. Por otro, la unidad de los contenidos psíquicos actúa como variable modificadora de estas estructuras y, por último, es esta misma unidad la que termina significando aquello que ingresa del mundo.

Básicamente el desarrollo invariante de los contenidos psíquicos comienza con las primeras significaciones que son de naturaleza universal. De hecho no se podría justificar la existencia de una construcción personal, si antes de aquella no existía ninguna experiencia previa registrada. Sin embargo, y dadas las diferencias genéticas (que se expresan en la estructura primaria, y posiblemente en la secundaria), aquel procesamiento *universal* del mundo irá tomando una forma cada vez más diferenciada. Este proceso será facilitado por la primacía esquizoide (estado que permite la elaboración personal).

El bebé en un inicio experimentará en esencia, significaciones universales (lo que explica en parte, la homogeneidad del comportamiento de los bebés). Junto a éstas se comenzará a desarrollar la lógica como medio de comunicación con el mundo. Las experiencias particulares se significarán dependiendo de las estructuras e irán configurando las primeras significaciones personales. Entonces por un lado tenemos a la lógica y a las significaciones universales como propias del mundo y del hombre, respectivamente. Por otro lado tenemos las significaciones personales como exclusivas de la persona. Todo ello conformará los primeros contenidos psíquicos, que corresponderán a los primeros ladrillos desde donde se irá construyendo la persona.

## FENOMENOLOGÍA DEL ESTADO PSÍQUICO DEPRESIVO: ANÁLISIS DE LA CORPORALIDAD, DE LA APERTURIDAD Y DEL CONTENIDO

A continuación realizaremos una fenomenología de los síntomas depresivos más representativos. Nos centraremos en aquellos síntomas característicos del Episodio Depresivo Mayor del DSM-IV (American Psychiatric Association, 2003). Además indagaremos en la personalidad pre-mórbida de quienes han padecido un trastorno depresivo mayor.

### Corporalidad

Muchos sujetos deprimidos se quejan de molestias y dolores físicos. Esto se daría en un 82% de los varones y en un 94% de las mujeres (Hamilton, 1989). Otros dicen sentirse muy irritables. La irritabilidad se presenta

especialmente en los niños y los adolescentes (Criterio A1). Hemos ubicado la irritabilidad en la corporalidad, debido a que es evidente la correlación que existe entre una primacía de la corporalidad y el estado de ánimo irritable. Por ejemplo, un niño que tiene hambre o sueño, llora; o un perro se pone agresivo cuando le interrumpen su alimentación. Otro de los síntomas característicos (Criterio A3) se relaciona con la disminución del apetito (y en menor medida, el aumento de éste). Muchos sujetos deben hacer un esfuerzo por comer. Esto implica que los pacientes depresivos que cumplen con este criterio no experimentan el estado de corporalidad ego-sintónica que siente todo sujeto que come con hambre. A la base de esta manifestación, nuevamente estaría latente un estado persistente de corporalidad ego-distónica. De hecho, cuando estamos enfermos nuestro apetito disminuye. Es muy frecuente también el insomnio (Criterio A4). Nuevamente podemos pensar que bajo un estado de corporalidad ego-distónica es difícil conciliar el sueño. El criterio A6 (falta de energía, cansancio, fatiga), también corresponde a una manifestación evidente de la corporalidad ego-distónica. El criterio A5 (cambios psicomotores como incapacidad para permanecer sentado, frotarse las manos, pellizcarse la piel, enlentecimiento del lenguaje o movimientos corporales, etc.), es tal vez la manifestación más directa e inmediata de una primacía de la corporalidad ego-distónica.

En síntesis, podemos concluir que en el paciente depresivo existe, casi sin excepción, una *primacía de la corporalidad ego-distónica*, es decir, una acentuación de una vivencia desagradable del cuerpo. Otto Dörr (1995) ha denominado este fenómeno como la *crematización* del paciente depresivo.

### Aperturidad

La constatación de manifestaciones de la forma que adopta la aperturidad es bastante más difícil en comparación con la corporalidad. Para esto es necesario imaginarnos un estado depresivo cualquiera (que no necesariamente corresponde a un episodio depresivo mayor). Pensemos en un fuerte estresor (p. ej., un duelo). Si bien no todas las personas llegan a presentar un Trastorno Depresivo Mayor tras un duelo, todo aquel que no sea p. Ej., psicótico o antisocial, experimenta un estado depresivo. Por tanto estamos en condiciones de analizar de qué manera se manifiesta la aperturidad bajo un estresor de esta naturaleza.

En primer lugar, es normal, después de un duelo, tener al menos la tendencia a estar pensando constantemente en el suceso. De hecho, cuando nos damos



cuenta de que “no ayuda en mucho” pensar demasiado en lo sucedido, comenzamos a distraernos con cualquier cosa. Quienes nos rodean se dan cuenta de que estamos afectados porque nos notan muy distraídos. Es decir, nuestra conexión con el mundo no es la habitual y en este sentido se caracteriza por manifestarse bajo una permeabilidad limitada (y por tanto restringida) a aquello que se relaciona con el suceso. En los momentos posteriores al duelo podemos notar que nuestra aperturidad comienza a caracterizarse por ser *intensa y focalizada*. P. Ej., si estamos viendo las noticias de la guerra en el Líbano, nos focalizamos en el suceso y “sentimos” intensamente el sufrimiento de quienes padecen la guerra.

Por otro lado, nos resulta difícil conciliar el sueño. Entonces, después del suceso estresante y en una primera instancia, la aperturidad se caracterizará por estar *a medio camino entre el Self y el Mundo* (entre el esquizoidismo y el cicloidismo). Es decir, dada nuestra aperturidad restringida, no logramos retroalimentarnos con las distintas representaciones del mundo, pero tampoco logramos volcarnos sobre nosotros mismos durante el sueño. La consecuencia directa de lo anterior es que el suceso no puede ser significado desde las *Representaciones Sociales* (Moscovici, 1984) que provienen del mundo, y tampoco puede ser *digerido* personalmente (lo que se realiza desde el Self). La principal manifestación del fenómeno anterior es la angustia. Con el tiempo las personas que no caen en la depresión logran una adecuada síntesis entre las elaboraciones personales y la información proveniente del mundo. En cambio, los que generan un episodio depresivo se quedan en esta forma de aperturidad que se ubica entre el esquizoidismo y el cicloidismo.

Resulta también muy interesante el aporte de Tellenbach (1980; 1976) sobre la personalidad premórbida de los sujetos depresivos. Esta personalidad fue denominada como el *tipo melancólico*, y se caracterizaba por un apego excesivo al orden, la escrupulosidad y el trabajo, y por la ausencia de cualquier forma de egoísmo y *hobbies*. Se puede inferir que estos rasgos corresponden a una manifestación de la aperturidad comprendida entre el cicloidismo y el esquizoidismo. Esto se confirma en los hallazgos realizados por Otto Dörr en 1966, tras estudiar las personalidades pre-mórbidas de sujetos que habían padecido un trastorno depresivo mayor. En este estudio no se encontró a ni un solo sujeto con rasgos histéricos (donde existe una evidente primacía cicloide), ni con rasgos esquizoides (donde es aún más clara la primacía esquizoide).

### Análisis del Contenido Psíquico (naturaleza de las significaciones)

Corresponde finalmente saber qué hay al interior del paciente depresivo y de qué manera incide el “lente” bajo el cual procesan el mundo. Si bien en última instancia “las tonalidades” que adquieran estos contenidos dependerán de la historia vital del individuo, las dinámicas son universales, de lo contrario no se podría justificar la existencia de unidades bien delimitadas, como el Síndrome Depresivo.

El criterio A2 del DSM-IV incluye pérdida de interés y capacidad para el placer. Esto se daría en el 99,6% de los hombres y en un 98,8% de las mujeres (Hamilton, 1989). En el DSM-IV se especifica dentro de este criterio que los sujetos dicen estar menos interesados en sus aficiones y que ya no disfrutaban con cosas que antes consideraban placenteras (anhedonia). El humor depresivo estaría a la base de este fenómeno (intentaremos conocer su origen en los siguientes capítulos). En el criterio A7 se incluye el sentimiento de inutilidad o de culpa. Además los sujetos suelen malinterpretar la realidad, exagerando el sentimiento de responsabilidad que deberían tener frente a un suceso (llegando en algunos casos al delirio). Con respecto a las características y trastornos asociados, se incluyen las rumiaciones obsesivas, y en los niños, ansiedad por separación.

Para comprender la naturaleza de estas significaciones debemos tomar el ejemplo descrito cuando realizamos nuestro análisis de la aperturidad. Entonces concluimos que el depresivo debería estar entre el cicloidismo y el esquizoidismo. La implicancia directa que lo anterior tiene en la psiquis es que el sujeto posee un restringido acceso a las Representaciones Sociales (significados provenientes del mundo que ingresan bajo un estado de cicloidismo) y a las distintas significaciones personales (las que radican en el Self y se accede desde los estados esquizoides). Por tanto, y tal como lo mencionamos con anterioridad, el paciente depresivo debería “teñir” sus contenidos psíquicos con angustia, es decir, con la *significación universal* por excelencia. De esta manera, todo lo que ingresa a la psiquis del paciente depresivo es significado de manera universal (en oposición a lo personal). Ahora bien, si pensamos que los distintos estímulos provenientes del mundo son heterogéneos, se deduce que hay algunos que deben ser significados con mayor “urgencia”. Por ejemplo un libro o una mesa no requiere de mayor elaboración emocional. En cambio, no hay persona que no tenga asociado el concepto de “vida” a algún tipo de emoción. Por esto es fácil entender por qué el su-

jeto depresivo premórbido esta volcado al mundo del trabajo: es aquí (o incluso en el alcohol y las drogas, en el caso del paciente que pasa por un episodio depresivo) donde encuentra un escape a la necesidad de estar significando hechos cotidianos que le podrían generar angustia. Para imaginarnos lo anterior, pensemos en un bebé de nueve meses que es apartado de su madre (es decir, según su edad, se encontraría “transitando” hacia el cicloidismo) y que lo saluda un desconocido. La expresión del bebé refleja angustia, que según nuestras deducciones sería fruto de la incapacidad de significar aquel nuevo rostro<sup>9</sup>. Podríamos pensar, también, en la reacción que tenemos cuando nos despertan en la noche los violentos ruidos de un accidente automovilístico. El suceso nos obliga a cambiar nuestra aperturidad volcándonos hacia el mundo. Como el proceso de despertarse por completo (o volverse cicloide) no es instantáneo, es normal que el suceso ingrese a la psiquis, bajo la aperturidad que se encuentra a medio camino entre lo cicloide y lo esquizoide. Por esta razón el accidente automovilístico ocurrido en la noche es significado con mucha angustia, en contraste a la significación que le podríamos dar al mismo hecho a las 12 del día.

La incapacidad de significar desde el Self trae como consecuencia el no poder “digerir” aquella información proveniente del mundo que requiere ser elaborada, sobre todo aquella de naturaleza no sustantiva, como los conceptos de “muerte”, “tiempo” e incluso el concepto de “espacio” (este último queda de manifiesto en personas supuestamente sanas que generan un episodio depresivo mayor, tras el cambio de casa). Es evidente que la incapacidad de los sujetos con un trastorno depresivo mayor, de significar desde el Self, se extrapola a la noción misma de “vida”. Por esta razón en sujetos premórbidos el apego a la rutina y al orden, característicos del *tipo melancólico* de Tellenbach (1976;1980) no sólo serían una manifestación de su aperturidad, sino además vendrían a ser las formas más fáciles de “sustantivar” los conceptos mencionados.

Por otro lado, el tener una aperturidad entre el cicloidismo y el esquizoidismo traería como consecuencia, además, la ausencia de cualquier manifestación de conjunciones entre elaboraciones personales y Repre-

sentaciones Sociales, como por ejemplo las aficiones, o el interés por distracciones de la vida diaria (p. ej., salir a comer o ir a ver una película).

Todo lo anterior nos lleva a aproximarnos a lo que experimenta un sujeto que cursa por un Episodio Depresivo Mayor y a entender por qué más del 80% de los sujetos depresivos (Hamilton, 1989) tiene alguna ideación o realiza un intento de suicidio (Criterio A9).

## LAS CAUSAS FORMALES DEL FENÓMENO DEPRESIVO

El lector ya habrá notado que, según lo propuesto en este artículo, el proceso de configuración de un fenómeno psíquico se comprende sólo conceptuando las dinámicas subyacentes de manera no-lineal. En otras palabras, cuando por ejemplo hablamos de un tipo de corporalidad, necesariamente nos referimos a un determinado tipo de aperturidad y a la generación de contenidos psíquicos específicos. A la base de esta idea se encuentran los postulados de la Teoría General de Sistemas (Bertalanffy, 1996).

El fenómeno depresivo se origina en el momento en que las distintas estructuras interactúan entre sí y con el contenido psíquico, provocando las manifestaciones (síntomas) características del Síndrome Depresivo, observable tanto en el Episodio Depresivo Mayor como en la Distimia. Por otro lado, el hecho de contar con un modelo no lineal para comprender los fenómenos psíquicos no implica que las causas formales sean necesariamente múltiples (de hecho –y tal como lo veremos en la conclusión–, una sola causa formal en la Distimia, produciría la “reacción en cadena” que configurará el Síndrome Depresivo).

A continuación desplegaremos las distintas causas formales<sup>10</sup> que se encuentran a la base del fenómeno depresivo. Para realizar esta última parte intentaremos unir –como piezas de un puzzle– los postulados aquí propuestos, con datos que nos entregan diferentes estudios y hechos. Hay que tener en cuenta que siempre tendremos como telón de fondo la noción de que bajo el fenómeno depresivo existe una dinámica de retroalimentación entre estructuras, contenido psíquico y ambiente.

<sup>9</sup> Tal como lo mencionamos más atrás, el escenario donde transcurre el suceso descrito se aplica sólo a la etapa del ciclo vital. En otras palabras, el hecho de que un rostro desconocido le genere angustia a un bebé ¡no implica que el depresivo sienta angustia cada vez que conoce a una persona!

<sup>10</sup> El concepto de “causas formales” se desarrolla en la *Metafísica* de Aristóteles, y por razones evidentes, no entraremos a discutir la delimitación exhaustiva de cada una de las causas, y menos de las causas de las causas. Nuestro objetivo será delimitar lo esencial de los conceptos que aquí se proponen.

### **La primacía crónica de la corporalidad ego-distónica como primera causa formal del Fenómeno Depresivo**

A su vez la corporalidad ego-distónica encuentra otras causas. Nos referiremos a las más representativas.

En primer lugar se puede inferir de este fenómeno específico de la depresión, un origen genético o con participación del SNC (traumas, infecciones tóxicas, alteraciones congénitas del SNC). Esto se justifica en que si tomamos en cuenta que se han constatado distintos temperamentos en bebés recién nacidos (Thomas y Chess, 1984), la única manera de justificar estas diferencias es planteando que la causa se encuentra en lo constitucional-genético. Esta diferencia de temperamento se manifiesta en distintas conductas. Las conductas de un bebé recién nacido tienen a la base una necesidad corporal. Por tanto, los diferentes temperamentos avalan la existencia (desde el nacimiento), de distintas maneras de vivenciar el propio cuerpo. Los bebés con un temperamento más difícil o neurótico (p. ej., lloran más de lo habitual), poseerían desde el inicio una primacía de la corporalidad ego-distónica (primacía en cuanto a que "prima" lo corporal ego-distónico por sobre lo ego-sintónico). Este hecho influiría en el ambiente de manera no lineal. En otras palabras, lo genético-constitucional generaría –en parte– las respuestas del ambiente (específicamente de la madre), tal como lo ha destacado Glen Gabbard (2003). Posteriormente la "matriz" genético-ambiental interactuará con la segunda estructura psíquica generando contenidos psíquicos específicos.

La primacía de la corporalidad ego-distónica también puede encontrar su origen en una sistemática frustración de necesidades corporales en la infancia (especialmente antes de los 10 años). Estas necesidades básicas son vivenciadas siempre con una primacía de lo corporal. Lo corporal adopta la forma ego-distónica cuando no son satisfechas o cuando se percibe peligro. Para ejemplificar esta causa, imaginemos un niño que por diversas razones tuvo repetidas dificultades para conciliar el sueño o para comer. También puede darse el caso de un niño que con frecuencia percibió peligro (p. ej., niños maltratados). Para comprender este último ejemplo, recordemos que ante el peligro se nos acelera el corazón, la respiración, etc., con la finalidad de poder enfrentar el potencial ataque, y, por tanto, para todo caso de peligro percibido se vivencia el cuerpo de manera ego-distónica.

Hechos que avalan la primacía de la corporalidad ego-distónica como una de las causas formales de la depresión son muchos. Nos quedaremos sin embargo con el más ilustrativo. Para seleccionar nuestro ejemplo debemos pensar en la existencia de un conjunto de

sujetos que tengan una evidente primacía de la corporalidad ego-distónica.

Todo hombre vivencia de manera universal los ciclos de la corporalidad, como los del sueño y del hambre en lo transversal, y aquellos de los primeros meses de vida y de la pubertad en lo longitudinal. Sin embargo las mujeres, además de tener todos estos ciclos, tienen el de la ovulación. Entonces las mujeres estarían expuestas a más estados caracterizados por una primacía de la corporalidad ego-distónica. Esto calza perfectamente con el hecho de que las mujeres tienen dos veces más probabilidades de tener depresión que los hombres. Esto termina por confirmarse con el dato de que la probabilidad es idéntica para hombres y mujeres antes de la pubertad (APA, 2003).

La base biología de los trastornos de la corporalidad como causa formal primaria se podría ubicar en el incremento de la reactividad del eje HPA encontrada en sujetos depresivos (Nemeroff, 1988).

### **La crónica aperturidad ubicada entre el cicloidismo y el esquizoidismo como segunda causa formal del Fenómeno Depresivo**

En el punto anterior llegamos a la conclusión de que esta forma particular de aperturidad se da casi sin excepción bajo estresores intensos (como la muerte de una persona significativa o una separación). Más atrás destacamos también que todo ser humano transita por los estados característicos de este tipo de aperturidad a lo largo de la vida (especialmente en los primeros meses y después, en la pubertad) y a lo largo del día (en la transición sueño vigilia, es decir, al momento de quedarse dormido; y en la mañana y en la tarde, entendiendo "mañana" y "tarde" como puntos medios entre la noche y el día).

Si observamos la naturaleza podemos constatar que todo ser vivo se pone en correspondencia con las distintas estaciones del año. Esta función adaptativa se hace evidente especialmente en verano e invierno. Durante el verano los árboles despliegan todas sus hojas para captar la máxima cantidad de energía. Los animales recolectan los frutos, cazan con más frecuencia e incluso se bañan en los ríos y disfrutan del sol, fundiéndose con el entorno. En el invierno sucede lo contrario. Muchos árboles se deshacen de sus hojas para ahorrar energía y los animales se protegen del clima adverso llegando, algunos, a invernar. Da la impresión general de que todo ser vivo se repliega sobre sí mismo durante el invierno. La aperturidad cicloide en el verano y esquizoide en el invierno se da casi sin excepción en todo ser vivo. Por tanto sería casi absurdo plantear que los seres humanos no participan de esta Ley. La primavera

y el otoño entonces, corresponderían a puntos medios entre el cicloidismo y el esquizoidismo (al igual que la mañana y la tarde).

Más atrás describimos las características de esta forma particular de aperturidad. Hemos llegado a la conclusión de que en ella existe una fuerte vulnerabilidad frente a informaciones estresantes tanto del Self como del Mundo. Esto porque existe el riesgo de no contar con un acceso completo ni al Mundo (p. ej., a través de las Representaciones Sociales), ni al Self (p. ej., en un sueño reparador), ni a conjunciones de ambos.

Lo anterior explicaría:

- La especial vulnerabilidad que existe en los primeros meses de vida y en la pubertad frente a estresores importantes, como la separación materna (Kendler *et al.*, 1992).
- La intensificación del humor depresivo en la mañana y en la tarde en más de un 90% en sujetos melancólicos (Hamilton, 1989).
- El inicio de Episodios Depresivos Mayores y la intensificación de los síntomas depresivos en primavera y en otoño (Vallejos, 1999).

Por otro lado –y tal como ya fue mencionado–, se puede afirmar que las características del *tipo melancólico* descrito por Tellenbach (1976; 1980) son manifestaciones de la aperturidad comprendida entre lo cicloide y lo esquizoide. Por tanto, podríamos plantear que el “imitar” las formas del *tipo melancólico* nos llevaría a este tipo de aperturidad. Este es el caso de aquellos que, dada su etapa del ciclo vital, deben volcarse al mundo del trabajo, a las responsabilidades y al cuidado de sus hijos y de sus padres. Esta hipótesis se avala con el hecho de que en hombres y mujeres las tasas más altas de trastornos depresivos mayores se dan entre los 25 y los 44 años, según el DSM-IV (APA, 2003).

Por último, y con respecto a la base biológica que tiene este tipo de aperturidad, no estamos en condiciones de justificar si las supuestas alteraciones del núcleo supraquiasmático del hipotálamo encontradas en pacientes depresivos (Gastó, 1996) tienen un origen genético-constitucional, o se adquieren como consecuencia de una pérdida significativa producida en estados de transición entre el cicloidismo y el esquizoidismo, o ambas. Lo único que se puede inferir, es que las alteraciones del NSQ y sus manifestaciones, como las alteraciones polisomnográficas (APA, 2003), unen intrínsecamente (tal como lo habíamos concluido más atrás) la primacía de la corporalidad ego-distónica (ritmos circadianos) con los de la aperturidad (cambios en función de la luz).

### Las causas formales de la primacía de la Significación Universal

La más evidente de estas causas corresponde a los estresores psicosociales. De hecho, lo más esperable y por tanto normal, es que se genere este Síndrome después de un duelo. Sin embargo nos detendremos brevemente a reflexionar sobre lo que sucede, por ejemplo, en el caso de un bebé de 9 meses que es separado de su madre.

Como ya habíamos afirmado, un bebé (p. ej., de 9 meses) se encuentra entre el cicloidismo y el esquizoidismo. Por tanto un estresor importante –como la separación materna– no podría ser elaborado ni con ayuda del Self ni con ayuda del Mundo. Además a esta edad la única significación importante en la mente del niño se asocia a la noción de madre. En consecuencia, sacar a la madre implica dejar a la estructura psíquica sin las bases que la sustentan. De esta manera la mente del niño quedaría “suspendida en la mitad de la nada” y las ulteriores significaciones serían elaboradas desde un Self carente de base, y por tanto, teñidas de angustia.

### CONCLUSIÓN

En síntesis, tendríamos dos caminos diferentes para un mismo fenómeno. En primer lugar existirían sujetos vulnerables desde la corporalidad, que vendrían desde el nacimiento con un temperamento neurótico (Thomas y Chess, 1984). Este temperamento interactuaría de manera no lineal con el ambiente y aumentaría la probabilidad de generar factores estresantes (Kendler *et al.*, 1999). Por otro lado, no existen razones para pensar que este tipo de corporalidad generaría la aperturidad comprendida entre lo cicloide y lo esquizoide.

De la primacía constitucional de la corporalidad ego-distónica como única causa formal deviene, por ejemplo, el Trastorno Distímico. Esta hipótesis se justifica en que el Trastorno Distímico:

- Por lo general, corresponde a un trastorno de intensidad leve-moderada (si existiera una crónica aperturidad comprendida entre lo cicloide y lo esquizoide, primarían significaciones universales, y por tanto la intensidad sería grave-severa)
- Puede ir asociado a trastorno límite de la personalidad e histriónico (APA, 2003), donde existe una evidente primacía cicloide.
- Las mujeres son hasta tres veces más propensas a tener este trastorno (APA, 2003).

En segundo lugar existiría una vulnerabilidad desde la aperturidad. Aunque no tenemos pruebas para

demostrar que esta vulnerabilidad viene cronificada desde el nacimiento (vulnerabilidad *a-priori*), podemos afirmar que ella está latente en todo ser humano (en los ciclos vitales o de la naturaleza o diarios) y que se podría cronificar tras un evento traumático ocurrido durante un estado donde predomina este tipo de aperturidad (como p. ej., durante los primeros meses de vida). Los eventos traumáticos bajo estas circunstancias implicarían una vulnerabilidad *a-posteriori* de la aperturidad. La cronificación de esta aperturidad generaría significaciones principalmente universales que se manifestarían en humor depresivo. Además esta aperturidad llevaría a interpretar eventos sin importancia como si fueran estresantes, aumentando así la probabilidad de generar una primacía de la corporalidad ego-distónica. Por tanto un evento traumático ocurrido bajo la forma de aperturidad descrita aumentaría la probabilidad de generar un Episodio Depresivo Mayor. Después del primer episodio, el eje HPA quedaría más reactivo (Nemeroff, 1988). Por ende, para el desencadenamiento de los siguientes Episodios no sería necesario que ocurriera otro evento *objetivamente* estresante.

Otra manera de generar una vulnerabilidad *a-posteriori* de la aperturidad, es adoptando características del *tipo melancólico* de Tellenbach (1976, 1980). El volcarse al mundo del trabajo sin considerar el ocio y las distracciones aumentaría la probabilidad de generar una corporalidad ego-distónica. Esta forma de corporalidad sumada a la aperturidad del *tipo melancólico* explicaría la mayor tasa de trastornos depresivos mayores entre los 25 y 44 años (APA, 2003).

Por último, es evidente que pueden darse combinaciones de ambas (sujetos con temperamento neurótico que padecen un fuerte estresor bajo la aperturidad descrita).

Finalmente creemos que es necesario reivindicar el rol de aquella aperturidad comprendida entre lo esquizoide y lo cicloide. Independiente a que ésta podría estar cronificada en algunos individuos desde el nacimiento, ella puede ser considerada de manera análoga a las crisis de Erikson (1985), en el sentido de que implican un riesgo y una oportunidad. El riesgo es quedarse a medio camino entre el Self y el Mundo. La oportunidad es lograr la síntesis de ambos. Y pensamos que sólo bajo esta síntesis se logra la tan anhelada contemplación de la que hablaba Aristóteles, y que es tan propia de la vejez.

## REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association. *DSM-IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona, Editorial Masson, 2003
2. Aristóteles. *Metafísica*. Madrid, Editorial Gredos, 1987
3. Bertalanffy LV. *Teoría General de Los Sistemas*. México, Fondo de Cultura Económica, 1996
4. Berwart H, Zegers B. *Psicología del adolescente*. Santiago de Chile, Ediciones Nueva Universidad, 1980
5. Dörr O. *Psiquiatría Antropológica: Contribuciones a una psiquiatría de orientación Fenomenológico-antropológica*. Santiago de Chile, Editorial Universitaria, 1995
6. Erikson EH. *El Ciclo Vital Completado*. Buenos aires, Editorial Paidós, 1985
7. Gabbard GO. *Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica*. Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana, 2003
8. Gastó C. *Marcadores Biológicos en la Melancolía. Monografía Psiquiátrica*, 1996
9. Hamilton M. Frequency of Symptoms in Melancholia (depressive illness) Br. J. Psychiatry 1989; 201-206
10. Heidegger M. *Ser y Tiempo*. Editorial Universitaria, Santiago de Chile, 1997
11. Kendler KS, Karkowsky LM, Prescott CA. Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. Am J Psychiatry 1999; 156: 837-841
12. Kendler KS, Neale MC, Kessler RC, et al. Childhood parental loss and adult psychopathology in women: a twin study perspective. Arch Gen Psychiatry 1992; 49: 109-116
13. Maturana H, Varela FJ. *De máquinas y seres vivos. Autopoiesis: la organización de lo vivo*. Editorial Universitaria, Santiago de Chile, 1995
14. Maturana H, Varela FJ. *El árbol del conocimiento. Las bases biológicas del entendimiento humano*. Editorial Universitaria, Santiago de Chile, 1994
15. Moscovici S. *Psicología Social*. Siglo XXI editores, Buenos Aires, 1984
16. Nemeroff Ch. *The Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis: Physiology, Pathophysiology, and Psychiatric Implications*. Raven Press, New York, 1988
17. Ojeda C. *La esquizofrenia clásica*. Ediciones de la Universidad Católica, Santiago de Chile, 1981
18. Piaget J. *Seis estudios de psicología*. Editorial Labor, Barcelona, 1992
19. Piaget J. *El nacimiento de la inteligencia en el niño*. Editorial Crítica, Barcelona, 2001
20. Scheler M. *El puesto del hombre en el cosmos*. Editorial Losada, Madrid, 2004
21. Tellenbach H. *La Melancolía*. Editorial Morata, Madrid, 1976
22. Tellenbach H. *Melancholy: History of the Problem, Endogeneity, Typology Pathogenesis, Clinical Considerations*. Duquesne University Press, Pittsburgh, 1980
23. Thomas A, Chess S. Genesis and evolution of behavioral disorders: from infancy to early adult life. Am J Psychiatry 1984; 141:1-1149
24. Vallejo J. *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría*. Editorial Masson, Barcelona, 1999

## TEORÍA

# DOS PATRONES RELACIONALES DE LA REGULACIÓN AFECTIVA EN LA INTERACCIÓN TEMPRANA Y EN LA INTERACCIÓN PSICOTERAPÉUTICA

(Rev GPU 2007; 3; 3: 300-309)

André Sassenfeld<sup>1</sup>

En las interacciones infante-cuidador existen diferentes patrones diádicos de interacción que regulan los afectos y el comportamiento de ambos participantes. Éstos han sido descritos especialmente en la investigación contemporánea de infantes por investigadores como Stern, Tronick, Beebe y otros. En este trabajo se examinan dos de los patrones relacionales tempranos más importantes de regulación afectiva —el proceso de coordinación y la secuencia interactiva disrupción-reparación. Más allá, dado que la regulación afectiva sigue formando parte de las relaciones entre adultos, se establecen algunas conexiones entre estos patrones tempranos de vinculación y los patrones regulatorios que pueden observarse en la interacción psicoterapéutica entre adultos. Este trabajo elabora varias de las ideas presentadas en un artículo anterior (Sassenfeld, 2006b).

## LA COORDINACIÓN REGULATORIA DE LA INTERACCIÓN

El primer patrón diádico regulatorio que mencionaremos es la coordinación, sincronía, calce o entonamiento inherente a muchos intercambios relacionales —“términos que se utilizan en un intento de capturar la cualidad o la calidad de las interacciones cuando ocurren de forma adecuada y saludable [...]” (de la Cerda, Lartigue & Morales, 2000, p. 262). Para Tronick (1989), la capacidad innata de comunicación emocional de los

infantes y de los cuidadores es lo que hace posible el surgimiento de interacciones coordinadas.

La coordinación o sincronía de las interacciones implica el compartir y anticipar estados emocionales entre infante y cuidador a través de un lenguaje sin palabras. Esto permite a la díada comunicarse y adaptarse a sus propios cambios de estado afectivo y producir acoplamientos y acomodaciones en el flujo de sus activaciones afectivas (Lecannelier, 2006). La coordinación hace referencia al grado en el que ambos participantes son capaces de ajustar y sincronizar constructivamente sus afectos

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

tos y conductas respecto de las de su pareja, facilitando con ello tanto el desarrollo del self y la diferenciación de los estados emocionales como la complejización de los procesos regulatorios y el logro de objetivos circunstanciales concretos. Los conocidos procesos tempranos de entonamiento afectivo descritos por Stern (1985) remiten a interacciones sintonizadas de espejeamiento emocional entre el niño y su figura de apego que hacen posible la regulación interactiva conjunta del estado afectivo del infante y de la cualidad del contacto interpersonal presente en el sistema diádico (Beebe & Lachmann, 1994; Beebe *et al.*, 2005).

Con la finalidad de dilucidar con mayor detalle el fenómeno relacional de la coordinación o sincronía de las interacciones, comenzaremos describiendo la situación de partida de la díada temprana. El cuidador primario y el infante pasan gran parte de su tiempo compartido inmersos en la regulación mutua activa y continua del estado interno de ambos participantes al servicio de algún objetivo dado (p. ej., alimentación, juego, comunicación, tranquilización, etc.) (Lecannelier, 2006; Stern *et al.*, 1998). Esta circunstancia general puede atribuirse a que ambos están motivados para regular su interacción y ajustar sus conductas en dirección de la generación y/o mantención de un estado sincrónico que es experimentado como placentero (Fosha, 2003; Tronick, 1998).

En este proceso regulatorio mutuo basal que confiere continuidad y coherencia creciente a las interacciones iniciales, tanto el infante como el cuidador tienen metas intersubjetivas relacionadas con la situación presente, tales como permanecer juntos o no, hacer cosas juntos o no, etc. El proceso de manifestación de las intenciones intersubjetivas en la interacción se apoya, siguiendo a Tronick (1998, 2003), en el hecho de que cada “participante, infante y adulto señala su evaluación del estado de la interacción por medio de sus configuraciones afectivas” (1998, p. 294).

Las configuraciones afectivas dan cuenta de la experiencia particular de los afectos y las intenciones vinculares que cada participante tiene a través de “movidas relacionales [relational moves]” (Lyons-Ruth, 1999, 2000; Tronick, 2003) que introducen posibles direcciones hacia las cuales puede encaminarse la interacción. Lecannelier (2006) precisa que una función primordial de la expresión emocional corresponde a la comunicación de los cambios en la dirección e intensidad de las propias motivaciones y que, en consecuencia, el infante lleva a cabo una serie de conductas afectivas expresivas para transmitir lo que desea.

En gran medida, las conductas mencionadas de expresión afectiva apuntan a controlar, regular e infor-

mar al cuidador en el nivel implícito para ayudarlo a cumplir las metas del infante (y, en medida creciente, también viceversa). La comunicación no-verbal de los afectos porta información significativa sobre los estados bio-emocionales de ambos y, por consiguiente, las comunicaciones afectivas del infante y del cuidador efectivamente modifican la experiencia emocional y la conducta del otro (Tronick, 1989). Así, la regulación diádica se fundamenta en micro-intercambios de información a través de los sistemas perceptuales de los dos participantes.

Lo que hemos descrito da cuenta de la existencia de mecanismos de retroalimentación continuamente activos que informan al infante y al cuidador respecto de si acaso “nos estamos acercando a nuestras metas o no y si acaso nuestras iniciativas interactivas están calzando como para movernos hacia esas metas” (BCPSG, 2002, p. 1054). Tal información es, en su mayor parte, de carácter implícito, por lo que tiende a permanecer fuera del foco de la conciencia. De este modo, tanto el niño como la figura de apego actúan de manera constante comunicando intenciones y, al mismo tiempo, infieren las intenciones del otro mediante una especie de “lectura corporal implícita” (Sassenfeld, 2006a). Cada uno está sumergido en un proceso vincular de negociación del mejor calce posible entre las intenciones de ambos.

La existencia de esta incesante comunicación no-verbal canalizada por expresiones afectivas y movidas relacionales que se exteriorizan en y a través de los cuerpos de madre y niño implica que la regulación afectiva temprana pasa por un reconocimiento intersubjetivo al menos parcial —típicamente en el nivel implícito-procedural— del estado emocional del otro. En otras palabras, la coordinación “es continuamente percibida por medio de la conciencia del calce de las acciones complementarias del otro en respuesta a la propia iniciativa” (BCPSG, 2002, p. 1058). Esto le permite al cuidador evaluar las manifestaciones no-verbales del estado psicobiológico del infante, atribuirles un significado y, a continuación, regular el estado reconocido mediante la comunicación emocional y la interacción (Schore, 2005b). Así, el reconocimiento intersubjetivo es un fenómeno vincular central en la coordinación de las interacciones tempranas.

En respuesta a las movidas relacionales del otro, en el desarrollo normal cada participante en la interacción —con la intermediación de procesos intersubjetivos de reconocimiento del estado afectivo del otro— intenta ajustar su conducta en alguna medida con la finalidad de mantener el estado diádico coordinado (Tronick, 2003). De este modo, la comunicación emocional tem-

prana involucra la capacidad del cuidador para ir introduciendo, a partir del reconocimiento empático entonado del estado afectivo del infante y gracias al rango más amplio de recursos que la mayor complejidad de su funcionamiento psicológico hace posible, pequeñas alteraciones en el intercambio relacional que son capaces de sostener la continuidad de la coordinación interactiva.

Esta función regulatoria ejercida por el cuidador adquiere gran significación especialmente en aquellos momentos en los cuales el infante señala que sus metas interactivas han sido frustradas o bien que han variado (Lecannelier, 2006; Tronick, 1989). Una madre que puede interpretar de manera correcta las expresiones afectivas del niño puede responder a éstas mediante interacciones encaminadas a producir efectos regulatorios eficaces. Fonagy *et al.* (2002) subrayan que de modo habitual las madres sensibles son espontáneamente exitosas a la hora de sincronizar sus reacciones afectivas de tal forma, “que ejercen una influencia moduladora sobre los estados emocionales del infante [...]” (p. 163). Suponen que la lectura acertada del estado emocional del niño por parte de la figura de apego apuntala la regulación afectiva.

En el transcurso de estas interacciones vinculadas con la sincronización casi inmediata de los estados afectivos de ambos participantes y sus manifestaciones expresivas, la díada crea patrones de regulación afectiva mutua conformados por conductas auto-regulatorias (p. ej., quitar la mirada) y estrategias regulatorias interactivas (p. ej., el ajuste del nivel de estimulación) que permiten al sistema diádico permanecer dentro de estados coordinados de la interacción. Por ejemplo, si la madre es capaz de utilizar la desviación de la mirada del infante para disminuir su nivel de estimulación mientras el infante auto-regula su activación, y “si el infante puede usar de modo similar la disminución de la activación por parte de la madre para volver a mirarla, se establecerá una regulación mutua adecuada” (Beebe & Lachmann, 1994, p. 219). Esto significa que el cuidador primario debe poder descubrir y respetar la necesidad de regulación del niño en los intercambios relacionales, permitiéndole experimentar su activación afectiva sin que ésta tenga un efecto desorganizador.

De lo contrario, es posible que el cuidador sobrecargue el sistema psicobiológico aún inmaduro del infante, debiendo el niño protegerse por medio de medidas regulatorias defensivas más drásticas que a menudo tienen consecuencias psicopatológicas a corto, mediano y/o largo plazo (Fosha, 2003; Schore, 2001b, 2003b; Van der Kolk, 2002). Tal como aseveran Beebe

y Lachmann (1994), en el caso de una madre desentonaada que “persigue” al niño y que con ello contribuye a seguir aumentando su nivel de activación en vez de modularlo, tanto la auto-regulación como la regulación mutua constructiva están interferidas. El infante es privado de experimentar sus posibilidades de influenciar la conducta y el estado afectivo de la madre. En cambio, en la regulación mutua óptima el infante puede influenciar su propio nivel emocional y, al mismo tiempo, la intensidad de la estimulación materna. Así, las conductas auto-regulatorias actúan simultáneamente como regulaciones interactivas y ambos procesos están integrados en una interacción coordinada.

De esta manera ha quedado al descubierto que la capacidad de coordinación de la díada temprana es de importancia crucial para el establecimiento y la mantención de un vínculo satisfactorio de comprensión mutua con resultados favorables en términos del desarrollo del infante. Por lo tanto, también es de enorme relevancia en términos de la progresiva ampliación de las posibilidades regulatorias del niño y, además, de la misma díada. Tal como puntualiza Schore (2005b), tales “interacciones sincronizadas interactivamente reguladas promueven las capacidades regulatorias del infante y son fundamentales para su desarrollo afectivo sano” (p. 206).

## LA SECUENCIA INTERACTIVA DISRUPCIÓN-REPARACIÓN

Tal como indican Stern *et al.* del Boston Change Process Study Group (1998, 2002), los procesos regulatorios mutuos no son simples ni transcurren siempre fluidamente. Más bien, involucran y requieren de constante lucha, negociación, falla y reparación para permanecer o volver a un rango regulatorio aceptable de equilibrio. Se producen “muchos ‘pasos errados’ en las mejores interacciones y la mayoría de éstos son reparados con rapidez por uno o ambos participantes” (D. Stern, 2004, p. 157). Llamam al continuo proceso interaccional de prueba y error *moving along* [avanzando] y subrayan que implica persistencia y tolerancia frente a las equivocaciones por parte de los integrantes de la díada.

Los estudios de Tronick y su revisión de otras investigaciones relacionadas mostraron que la coordinación regulatoria es un proceso vincular que sólo ocurre entre un 30 y 40% del tiempo que cuidador e infante interactúan, existiendo además una gran variabilidad entre las díadas estudiadas (De la Cerda *et al.*, 2000; Lecannelier, 2006; Tronick, 1989). Alrededor de un 70% del tiempo las parejas —incluyendo aquellas de bajo riesgo psicopatológico— se encuentran implicadas en interac-



ciones desentonadas y des-sincronizadas. Así, se hizo indispensable la conceptualización de otra secuencia interactiva altamente significativa cuya presencia no se limita a las díadas caracterizadas por intercambios comunicativos que pueden ser considerados psicopatológicos o precursores de psicopatologías —el llamado proceso de interrupción-reparación (BCPSG, 2002; Beebe & Lachmann, 1994, 2002; Fosha, 2003; Lecannelier, 2006; Schore, 2003a, 2003b; D. Stern, 1998, 2004; Tronick, 2003).

En efecto, en “condiciones normales, el bebé experimenta periodos de errores interactivos seguidos de reparaciones interactivas” (Lecannelier, 2006, p. 139) y “llegar a conocer implícitamente cómo reparar y redirigir el proceso [interactivo] es una de las agendas escondidas principales de la interacción cuidador-infante” (Stern, 1998, p. 303). Desde este punto de vista, el Boston Change Process Study Group (2002) destaca que la posibilidad de re-negociación reparativa de la dirección del intercambio permite el desarrollo de formas novedosas de vinculación, siendo los procedimientos vinculares implícitos de re-coordinación interactiva procesos centrales en la diada temprana.

El proceso relacional de interrupción, ruptura relacional o comunicación emocional fallida incluye un gran rango de fenómenos interaccionales, desde descoordinaciones leves hasta des-sincronizaciones más graves y duraderas. La coordinación afectiva entre infante y cuidador constituye, en cierto sentido, una respuesta regulatoria interactiva eficaz que se produce frente a la amenaza de un episodio emocional disruptivo. No obstante, en determinados momentos, como hemos mencionado, es inevitable que la sincronización diádica se vea efectivamente dificultada o interrumpida, trayendo consigo estados de estrés y emociones negativas en el infante —y muchas veces también en el cuidador— que se prolongan hasta que la problemática regulatoria sea resuelta de una u otra forma (De la Cerda *et al.*, 2000; Lecannelier, 2006; Schore, 2000, 2001b, 2003b, 2005b; Tronick, 1998).

De acuerdo a Fosha (2003), en díadas sin dificultades psicopatológicas la interrupción interactiva es un proceso vincular con propiedades motivacionales intrínsecas en cuanto activa tendencias reparativas que encaminan la restauración de la coordinación y el consiguiente estado emocional positivo. De esta manera, las rupturas relacionales precipitan un desbalance de la regulación afectiva del sistema interaccional que se tiende a regular interactivamente. Desde esta perspectiva, la importancia y el significado de experiencias diádicas como éstas “están contenidos en el proceso de ‘reparar’ recíprocamente los estados emocionales

negativos y de transicionar de modo flexible entre momentos de auto-regulación y momentos de regulación interactiva” (Diamond & Aspinwall, 2003, p. 148, cursiva del original).

Según Tronick (1998), la interrupción ocurre cuando uno de los participantes en la interacción —en el transcurso de la infancia temprana, con mayor frecuencia el cuidador primario— fracasa a la hora de comprender correctamente el significado de la expresión emocional del otro y, en consecuencia, reacciona y actúa de modo inadecuado o incongruente sin lograr mantener o restablecer la coordinación interaccional. Desde este punto de vista, la tarea primordial de la figura de apego va más allá de la puesta en práctica de aquellas capacidades fundamentales a las que hemos hecho alusión en la sección anterior (reconocimiento intersubjetivo, introducción de modificaciones en la interacción, etc.); incluye además la capacidad de regular los estados psicobiológicos del infante en el contexto de interrupciones y transiciones entre diferentes estados afectivos (Beebe & Lachmann, 1994, 2002; Schore, 2001a, 2001b, 2003a, 2003b; Tronick, 1989).

En el desarrollo normal esta tarea del cuidador se ve facilitada porque las reacciones del infante “frente al colapso de la comunicación [parecen] regular la conducta materna. La aflicción y evitación del infante [provocan] agitación y preocupación en la madre [...]” (Murray, 1991, p. 224), afectos que promueven una disposición materna positiva al retomarse la coordinación relacional. En el desarrollo perturbado, en cambio, puede detectarse un patrón relacional básico en el cual los cuidadores tempranos no son capaces de evaluar las metas presentes en el infante, una situación que genera instancias crónicas de descoordinación y, por lo tanto, una tendencia continuada a experimentar afectos negativos por parte de los infantes. Es decir, en escenarios relacionales psicopatogénicos “los bebés tienden a experimentar muchos errores interactivos y muy pocas reparaciones interactivas, y por ende [se genera] la estructuración de una experiencia crónica de emociones negativas” (Lecannelier, 2006, p. 140).

Siguiendo a De la Cerda *et al.* (2000), en el desarrollo óptimo la experiencia que el infante tiene de las interacciones desentonadas es habitualmente breve y limitada. Así, para garantizar un desarrollo favorable el cuidador tiene que ser capaz de advertir, a raíz de la comunicación emocional no-verbal del infante, que se ha producido un error interactivo y de gestionar activamente una reparación regulatoria de los errores interactivos detectados que surgen en el transcurso del proceso de *moving along*. Sin embargo, no debe olvidarse que, a pesar de ser diferentes las contribuciones

de cada uno de los participantes, la reparación de los intercambios diádicos es un logro regulado mutuamente (Beebe & Lachmann, 1994, 2002; Tronick, 1998).

Con todo esto, ha quedado al descubierto que las “reparaciones son características típicas de la interacción” (Tronick & Cohn, 1989, p. 90). Schore (2001a, 2001b, 2003a, 2003b) piensa que la secuencia interaccional disrupción-reparación es fundamental para el desarrollo emocional del niño y señala que, en cuanto patrón regulatorio, esta secuencia implica a un cuidador temprano entonado que induce una respuesta dis-regulada de estrés en el infante a través del des-entonamiento relacional y que es capaz de remediar esta situación ayudándole al niño a regular sus afectos negativos por medio de la participación en una reparación de la interacción. La experiencia de volver a un estado emocional positivo después de haber pasado por afectos negativos le permite al niño aprender que las emociones disruptivas son tolerables y que la ruptura vincular puede ser regulada y reparada.

La experiencia repetida de un patrón de interacción completo que incluye momentos de coordinación, disrupción y reparación “permite al infante elaborar sus comunicaciones afectivas dirigidas a los otros y usar sus capacidades de autorregulación más efectivamente, que le permitan mantenerse comprometido o enganchado con el ambiente externo en casos de estrés o ansiedad [...]” (De la Cerda *et al.*, 2000, p. 263). Al mismo tiempo, la co-creación de intenciones y afectos vinculares y la recurrencia de movidas relacionales como aquellas que forman parte de las secuencias disrupción-reparación generan conocimiento relacional implícito acerca de cómo estar juntos (Tronick, 2003).

Para Lyons-Ruth (1998, 1999), así como para Tronick (1998, 2003), una propiedad adicional de un sistema interaccional óptimo que emerge gracias a la capacidad diádica adecuada de coordinación y de reparación es la posibilidad de que el diálogo comunicativo verbal y no-verbal se eleve a nuevos niveles de conciencia a partir de los esfuerzos del participante evolutivamente aventajado —en otras palabras, que los intercambios relacionales posibiliten el progreso del desarrollo psicológico. Siguiendo a Stern *et al.* (1998), esto puede ocurrir cuando, en el proceso de *moving along* surge un *momento de encuentro* que trae consigo un “espacio abierto” en la interacción. Durante este espacio abierto, la regulación mutua se suspende por un instante y la diáda, liberada momentáneamente del imperativo de la regulación para recuperar el equilibrio, puede aprovechar la apertura interaccional para construir nuevas iniciativas y, en especial, formas novedosas y más complejas de vinculación.

Estas nuevas posibilidades interaccionales crean una regulación intersubjetiva de mayor coherencia y complejidad porque integran capacidades emergentes del niño o porque posibilitan una adaptación más satisfactoria a las capacidades afectivas ya existentes del infante. Según Lyons-Ruth (1998), el surgimiento de los momentos de encuentro o de reconocimiento intersubjetivo puede traer consigo un cambio en el rango regulatorio alcanzable por la diáda: “Tales momentos de encuentro crean el potencial para la elaboración de nuevas formas de experiencia compartida y para un nuevo rango de regulación más mutua y responsiva entre ellos” (p. 288).

### REGULACIÓN AFECTIVA E INTERACCIÓN PSICOTERAPÉUTICA

La psicopatología incluye en alguna medida dificultades de la regulación afectiva del individuo y, por otro lado, los afectos no sólo se auto-regulan, sino que también se regulan de modo interactivo y recíproco en contextos relacionales (Sassenfeld, 2006b). En este sentido, el paciente acude a psicoterapia tanto con una historia de interacciones vinculares específicas como con un conjunto de estrategias auto-regulatorias y expectativas regulatorias interactivas que fueron construidas a partir de la forma concreta que adoptaron tales interacciones pasadas y que están codificadas en su conocimiento relacional implícito. Fosha señala (2001), desde este punto de vista, que la condición del paciente refleja su historia de regulación afectiva diádica y que, además, las “estrategias de regulación afectiva de la diáda, sean óptimas o no, se reproducen en cómo el individuo maneja su experiencia afectiva” (p. 234) en otros escenarios relacionales.

De acuerdo a Daniel Stern (2004), en

psicoterapia, la tarea implícita principal es regular el campo intersubjetivo inmediato. [...] En cada momento presente uno lleva a cabo la regulación por medio del sondear, poner a prueba y corregir la lectura del estado mental del otro a la luz del estado mental propio. Este proceso diádico de lecturas simultáneas paralelas de paciente y terapeuta se produce en gran medida de forma no consciente (p. 120).

En este marco general, uno de los objetivos psicoterapéuticos cardinales guarda relación con la adopción de estrategias auto-regulatorias más adaptativas y eficaces y, asimismo, con la transformación de las expectativas disruptivas e insatisfactorias existentes de regulación interactiva.

Así, la psicoterapia implica en especial la reorganización de las estrategias regulatorias defensivas y los patrones patogénicos de dis-regulación en la matriz transferencial/contratransferencial (Schore, 2003b) y la reorganización interactiva de los patrones auto-regulatorios y regulatorios mutuos del paciente (Beebe & Lachmann, 2002). La movilización de tales procesos en la psicoterapia requiere del psicoterapeuta la capacidad para comprender al menos en parte la estructura y dinámica de la dimensión implícita de la relación terapéutica. Tal como indica el Boston Change Process Study Group (2002), aunque “el medio terapéutico es lingüístico, las interacciones que observamos aquí y los patrones que emergen son en gran medida implícitos, en cuanto *gran parte de lo que ocurre no entra en la consciencia reflexiva* [...]” (p. 1053, cursiva del original), al menos de modo espontáneo.

Beebe y Lachmann (2002) consideran que los procesos diádicos de interacción portan el potencial de reorganizar los procesos internos y relacionales propios de los participantes de la diada en cuestión, incluyendo por supuesto la interacción entre paciente y terapeuta. Partiendo de la noción de que una de las formas más relevantes de acceso a la auto-regulación está constituida por los patrones relacionales de regulación interactiva, puede afirmarse que el alcance y la flexibilidad de los procesos auto-regulatorios de paciente y psicoterapeuta emergen a raíz de las características específicas únicas que adoptan sus intercambios.

Lo dicho implica que distintos terapeutas con distintos pacientes y viceversa disponen de una capacidad auto-regulatoria inicial variable. Por lo tanto, si tomamos en consideración la fundamental reciprocidad de los procesos auto-regulatorios y regulatorios interactivos, el “grado de auto-regulación alcanzado en el transcurso de un tratamiento depende de la regulación interactiva, como también del compromiso y la auto-regulación de ambos participantes” (Beebe & Lachmann, 2002, p. 141). Desde esta perspectiva, una vía básica y profunda hacia el cambio terapéutico guarda relación con flexibilizar y optimizar las habilidades auto-regulatorias del paciente a través de un abordaje psicoterapéutico que presta atención a las posibilidades de transformación de la interacción entre terapeuta y paciente y las consiguientes modificaciones de los procesos regulatorios interactivos que se producen entre ambos. Con el tiempo, el foco sobre la interacción también permite que las expectativas desadaptativas de regulación interactiva vayan modificándose de modo progresivo.

En el contexto esbozado, podemos afirmar que paciente y terapeuta están continuamente formando conocimientos implícitos en relación a la forma en la

que trabajan juntos para cumplir determinados objetivos. “Están estableciendo patrones implícitos complicados, únicos para ellos, de cómo regular su campo intersubjetivo” (D. Stern, 2004, p. 156). Desde este punto de vista, dos de los tres principios generales descritos por Beebe y Lachman (1994, 2002, 2005) como organizadores básicos de los procesos de internalización en la primera infancia —a saber, regulaciones en curso (patrones regulatorios de coordinación) y secuencias regulatorias de disrupción-reparación— también hacen referencia a “patrones de las interacciones analista-paciente y, más allá, pueden especificar modalidades de la acción terapéutica en el tratamiento de adultos” (2005, p. 247).

Estos principios pueden promover el desarrollo de expectativas regulatorias interactivas novedosas y, en consecuencia, de nuevas internalizaciones de patrones regulatorios más constructivos que pueden contribuir al cambio terapéutico en el nivel explícito, pero con relevancia aún mayor en el nivel implícito. Así, puede considerarse que la aparición de estrategias regulatorias más adaptativas se produce por medio de la repetición creativa de secuencias relacionales similares a aquellas que transcurren en una infancia sana —similares en cuanto a su forma, pero principalmente debido a que son organizadas en base a los mismos principios funcionales.

Para Steven Stern (2004), esta concepción

reconoce la posibilidad, si no la inevitabilidad, de que los pacientes en ocasiones atraen al analista a sus patrones regulatorios patológicos y de que el movimiento hacia una auto-regulación y regulación interactiva cada vez más competente por ende necesariamente involucra una transformación de tales patrones disfuncionales “desde adentro hacia fuera” [...] (p. 10).

En este sentido, Stern cree que, con independencia de cómo se introducen las estrategias regulatorias del paciente en el vínculo psicoterapéutico, el terapeuta recibirá una impresión más o menos clara de cómo fue formar parte de los sistemas relacionales regulatorios en los cuales estuvo inserto el paciente en el transcurso de su desarrollo temprano, incluyendo el papel de un otro auto-regulador patológico y de la interacción regulatoria disfuncional. Esta experiencia del psicoterapeuta a menudo constituye el punto de partida para la transformación terapéutica efectiva de la auto-regulación del paciente y de la regulación interactiva que se genera en el campo intersubjetivo conformado por ambos.

## PATRONES REGULATORIOS INTERACTIVOS EN PSICOTERAPIA

Respecto de dos de los principios organizadores de la interacción temprana y de la interacción terapéutica planteados por Beebe y Lachmann (2002, 2005) podemos aseverar lo que sigue:

(1) En el espacio psicoterapéutico la noción de las *regulaciones en curso* remite a los patrones característicos y esperables de interacciones repetidas entre paciente y psicoterapeuta que gradualmente se establecen y a los cuales ambos contribuyen de manera consciente e inconsciente. Beebe y Lachmann (2005) han planteado la existencia de un paralelo entre las regulaciones en curso y el sostén o *holding* introducido por Winnicott (1965) como aspecto central del encuadre de la psicoterapia.

Por otro lado, las regulaciones en curso están ligadas al fenómeno de la coordinación regulatoria o sincronía interactiva y, en consecuencia, remiten al fenómeno del calce de las intenciones de los participantes de una interacción descrito por el Boston Change Process Study Group (2002) —un fenómeno que actúa como mecanismo de retroalimentación que posibilita el trabajo constructivo en una configuración relacional específica y que alienta la elaboración de modalidades más coordinadas de estar juntos. Dentro del contexto terapéutico, “las interacciones con un buen calce entre analista y paciente conducen a la emergencia progresiva de un estado diádico más coherente [...]” (p. 1057) y, de esta manera, la coordinación de “las movidas relacionales cataliza, por ende, cambios en la interacción analista-paciente, tal como lo hace en la interacción cuidador-infante” (p. 1058). El grupo de Boston sostiene que el calce, al actuar como marco vincular organizador, crea el potencial para la elaboración de nuevas modalidades de experiencia compartida, alterando el campo intersubjetivo y transformando las expectativas regulatorias relacionales implícitas de paciente y terapeuta.

Para Beebe y Lachmann las regulaciones en curso abarcan tanto conductas no-verbales sutiles (intercambios posturales y faciales, entonaciones, rituales de saludo, etc.) como comunicaciones verbales explícitas y, también, intercambios relacionales básicos en los cuales el paciente habla de sus problemáticas y el terapeuta escucha, explora, describe y pregunta. Tales intercambios “cotidianos” muchas veces han sido visualizados como una especie de fase preparatoria para el trabajo terapéutico mismo y a menudo se les ha atribuido escaso valor directo y específico en términos de la formación de representaciones psíquicas cons-

tructivas y del desarrollo de posibilidades nuevas de regulación afectiva, procesos fundamentales que son parte del cambio psicoterapéutico. De hecho, durante gran parte del siglo pasado se les concedió relativamente poca importancia a las llamadas variables relacionales y afectivas de la psicoterapia. Rogers (1951), los teóricos psicoanalíticos de las relaciones objetales, Kohut (1977, 1984) y otros estuvieron entre aquellos terapeutas que comenzaron a desafiar tal concepción, enfatizando que factores como la empatía del terapeuta en sí mismos generaban cambios significativos en los pacientes.

Según Beebe y Lachmann (2005), paciente y terapeuta

construyen formas características de plantearle preguntas al otro, de reflexionar juntos en voz alta, de repartir los turnos en el diálogo y de saber cuándo hacer una pausa y por cuánto tiempo. En este proceso, ambos están construyendo expectativas y confirmando o desconfirmando temores de ser ignorados, aplastados, invadidos, malentendidos o criticados. Estas expectativas y desconfirmaciones interactivamente organizadas son representadas e internalizadas, sean verbalizadas o no. Este proceso constituye la acción terapéutica de las regulaciones en curso (p. 249).

En otras palabras, las regulaciones en curso promueven el surgimiento de expectativas regulatorias interactivas, que son más adaptativas y más flexibles que las existentes cuando el proceso basal de la regulación diádica se produce de forma entonada y adecuada a las necesidades del paciente. En efecto, tanto terapeuta como paciente “esperan y representan las regulaciones características en curso y su eficacia interactiva única con esta pareja” (p. 248) vincular y “las interacciones en curso que nunca son exploradas o tematizadas verbalmente pueden, de todos modos, alterar potencialmente las expectativas del paciente” (p. 249) en el nivel del conocimiento relacional implícito.

De acuerdo a Steven Stern (2004), las ideas de Beebe y Lachmann respecto de las regulaciones en curso muestran que esta modalidad de la acción terapéutica está relacionada con una vía de cambio mediada por una coordinación regulatoria cada vez más afinada entre paciente y psicoterapeuta, que conduce hacia una autorregulación y hacia una regulación mutua más efectiva. Piensa que esto ocurre a través de un proceso relacional en el cual el terapeuta, basado en una comprensión empática de las estrategias regulatorias empleadas por el paciente, busca formas en gran medida implícitas

y no-verbales de “entrar” en el sistema de regulación emocional del paciente con la finalidad de facilitar, por así decirlo, “desde adentro”, una mayor coordinación regulatoria interactiva al ajustarse a los patrones de regulación del otro. Esta manera de proceder posibilita una revisión gradual de las expectativas relacionales y de la competencia regulatoria del paciente.

Schore (2003b, 2005a) afirma, desde este punto de vista, que un psicoterapeuta entonado e intuitivo está aprendiendo desde el primer momento de contacto con el paciente acerca de las estructuras rítmicas no-verbales de los estados internos del paciente y “está modificando, de modo relativamente flexible y fluido, su propio comportamiento para *sincronizarse* con esa estructura, creando con ello el contexto para la organización de la alianza terapéutica” (2003b, p. 52, cursiva del original). Para poder llevar a cabo este proceso regulatorio diádico el terapeuta debe prestar atención a sus propios crescendos y decrescendos afectivos dinámicos resonantes respecto de los estados emocionales del paciente y, de manera simultánea, a las expresiones afectivas comunicativas de intenciones de acercamiento y retirada del paciente en el campo intersubjetivo co-construido. De forma similar, Knoblauch (1996) señala que, en el caso ideal, el terapeuta co-crea patrones o ritmos interactivos, encontrándose con el paciente y calzando con sus ritmos afectivos, mientras que al mismo tiempo ofrece cuidadosamente ritmos afectivos nuevos como alternativas de vinculación recíproca.

(2) Las *secuencias interactivas de disrupción-reparación* son quizás los procesos vinculares que más atención han recibido en los últimos años. Ya Kohut (1984), en sus reflexiones acerca de la naturaleza de la acción terapéutica, había puntualizado que la construcción de estructura psicológica en la psicoterapia se produce a través de respuestas por parte del terapeuta que frustran las necesidades selfobjetales del paciente pero que, mediante el reconocimiento reparativo explícito respecto de la realidad de la falla empática y su efecto en la experiencia del paciente, se convierte en una *frustración óptima* que posibilita la emergencia de estructuras psíquicas regulatorias más adaptativas a través de lo que Kohut llama *internalización transmutadora*. Así, la psicología del self supone que la esencia del cambio terapéutico se encuentra en procesos de interrupción y restablecimiento de la relación selfobjetal con el psicoterapeuta (Kohut, 1984; Sassenfeld, 2006c). Beebe y Lachmann (2005) consideran que las secuencias de disrupción-reparación representan un paralelo a los procesos conceptualizados por Kohut.

Desde esta perspectiva, puede asumirse que, tal como ocurre en la interacción temprana entre infante y cuidador primario, un cierto grado de dis-regulación en la relación psicoterapéutica es lo que genera la suficiente apertura relacional como para negociar la aparición de nuevos patrones regulatorios de interacción (Stechler, 2003). Dicho de otro modo, la disrupción de los procesos de regulación afectiva sincrónica forma parte fundamental del proceso de alcanzar un nivel más elevado de coordinación mutua (Fosha, 2003) y, con ello, de establecer estrategias más constructivas de regulación emocional a partir de la organización interactiva de patrones más adaptativos de auto-regulación. En este sentido, tal como indica Lyons-Ruth (1999), una parte central del trabajo terapéutico transcurrirá en torno a aquellas áreas en las cuales las negociaciones interactivas han fallado y en las que, por lo tanto, existen afectos negativos irresueltos. Por lo tanto, siguiendo a Fosha (2003), en la psicoterapia exitosa el procesamiento afectivo diádico implica incontables ciclos de entonamiento, disrupción y reparación.

El origen de una disrupción puede encontrarse tanto en el paciente como en el psicoterapeuta y, en ocasiones, la disrupción puede ser provocada de manera deliberada como parte de una estrategia específica de intervención clínica. Fosha (2003) utiliza como ejemplo el trabajo terapéutico con los mecanismos defensivos para aclarar que, a pesar de que éste puede iniciarse por medio del entonamiento afectivo, una actitud empática muchas veces no resulta ser suficiente porque la profundización en los afectos reactiva las defensas. En tal circunstancia, se vuelve necesario desafiar más directamente la actividad defensiva, una forma de proceder que por definición trae consigo una disrupción al menos circunscrita. Sin embargo, el terapeuta busca activar procesos afectivos diádicos que involucran entonamiento, empatía y reparación después de episodios de mayor o menor descoordinación. Sus respuestas empáticas reguladas preparan el terreno para la reparación diádica del lazo roto de apego (Demore, 2004).

En concreto, el estrés interactivo, que se manifiesta por medio de las reacciones negativas y por las comunicaciones emocionales dis-reguladas del paciente y que es similar a una transacción temprana de carácter des-entonado y dis-regulado, a menudo perturba e interfiere con el lazo terapéutico (Schore, 2003b). En el caso ideal, el manejo clínico de una disrupción constatada por el terapeuta equivale a una tentativa de reparación interactiva semejante a aquella descrita por Tronick en las interacciones entre madres y niños. Para que esta tentativa efectivamente pueda llevarse a cabo, resulta

primordial la capacidad auto-regulatoria del psicoterapeuta —esto es, la capacidad

para auto-regular (contener) bajo estrés el afecto negativo proyectado y, con ello, actuar como regulador interactivo del estado negativo compartido. Al hacerlo, el terapeuta resuena con el estado interno de dis-regulación de la activación del paciente, lo modula, lo comunica prosódicamente de vuelta en una forma más regulada y a continuación nombra en términos verbales sus experiencias de estado (p. 30).

En la medida en que la experiencia de estas secuencias de disrupción-reparación es internalizada por el paciente, éste y el vínculo terapéutico se hacen cada vez más capaces de tolerar ocasionales vivencias de desencuentro y desentomamiento.

Tanto el despliegue como la reparación de las interacciones disruptivas son fenómenos constituyentes en toda comunicación humana y son procesos regulados diádicamente. En particular, los momentos de ruptura relacional son puntos de entrada a la exploración terapéutica de las experiencias vinculares tempranas traumáticas del paciente. Según Beebe y Lachmann (2005), la “acción terapéutica de disrupción y reparación yace en la organización de una mayor flexibilidad a la hora de negociar un rango de coordinación y descoordinación en el proceso de la regulación interactiva y la auto-regulación [...]” (p. 250), flexibilidad que es mayor que aquella permitida por las restricciones impuestas por el pasado relacional del paciente hasta ese momento.

Más allá, un aspecto significativo de la acción terapéutica de las secuencias mencionadas está vinculado con el establecimiento de expectativas respecto de que las disrupciones interactivas son reparables (Lachmann & Beebe, 1998). Este es un aprendizaje implícito y explícito que está ausente en la historia temprana de muchos pacientes o que fue llevado a cabo de manera incompleta o distorsionada. Schore (2003b) puntualiza que el involucramiento activo de terapeuta y paciente en las secuencias de disrupción-reparación es indispensable para que el paciente aprenda que un estado previamente desorganizador puede ser regulado, en vez de profundizar un estado de dis-regulación, por parte de la interacción con un otro.

## REFLEXIÓN FINAL

Parece claro que la aplicación clínica de los principios generales que dan cuenta de la organización y reorganización de los procesos interactivos y los patrones

regulatorios diádicos, incluyendo las ideas de Beebe y Lachmann y de otros investigadores, se encuentra aún en sus inicios. Hasta la fecha, disponemos en gran medida de generalizaciones orientadoras más que de conocimientos específicos y diferenciados. Por otro lado, la naturaleza exacta de la relación entre los patrones relacionales de regulación afectiva presentes en la interacción temprana y en la interacción psicoterapéutica sigue siendo un área que requiere mayor elaboración. Así, la tarea de desarrollar las posibilidades de aplicación de estos principios básicos y los dos patrones regulatorios que hemos descrito en este trabajo es una tarea que permanece abierta a los esfuerzos de investigadores y psicoterapeutas futuros.

## REFERENCIAS

1. BCPSG (Boston Change Process Study Group). Explicating the implicit: The local level and the microprocess of change in the analytic situation. *International Journal of Psychoanalysis* 2002; 83: 1051-1062
2. BCPSG (Boston Change Process Study Group). The “something more” than interpretation revisited: Sloppiness and co-creativity in the psychoanalytic encounter. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 2005; 53 (3): 693-729
3. Beebe B, Knoblauch S, Rustin J, Sorter D. *Forms of Intersubjectivity in Infant Research and Adult Treatment*, Other Press, New York, 2005
4. Beebe B, Lachmann F. Representation and internalization in infancy: Three principles of salience. *Psychoanalytic Psychology* 1994; 11: 127-166
5. Beebe B, Lachmann F. *Säuglingsforschung und die Psychotherapie Erwachsener*, Klett-Cotta, Stuttgart, 2002
6. Beebe B, Lachmann F. Afterword. En Aron L. Harris A. *Relational Psychoanalysis: Innovation and Expansion* (Vol. 2), The Analytic Press, New Jersey, 2005, pp. 247-252
7. De la Cerda D, Lartigue T, Morales F. Observación de bebés con y sin separación de sus madres y patrones de apego. En De Polanco N. *Observación de bebés*, Plaza y Valdés Editores, México, 2000, pp. 255-279
8. Demore D. Begin at the beginning: Creating safety in therapy relationships. *Psychologist-Psychoanalyst* 2004; 24 (4): 11-13
9. Diamond L, Aspinwall L. Emotion regulation across the life span: An integrative perspective emphasizing self-regulation, positive affect, and dyadic processes. *Motivation and Emotion* 2003; 27 (2): 125-156
10. Fonagy P, Gergely G, Jurist E, Target M. *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*, Klett-Cotta, Stuttgart, 2002
11. Fosha D. The dyadic regulation of affect. *Journal of Clinical Psychology* 2001; 57 (2): 227-242
12. Fosha D. Dyadic regulation and experiential work with emotion and relatedness in trauma and disorganized attachment. En Solomon M, Siegel D. *Healing Trauma: Attachment, Trauma, the Brain, and the Mind*, Norton, New York, 2003, pp. 221-281
13. Knoblauch S. From the word to the scene: An expanded conceptualization for therapeutic action. *American Journal of Psychoanalysis* 1996; 56 (3): 319-329
14. Kohut H. *La restauración del sí-mismo*, Paidós, México, 1977
15. Kohut H. *How Does Analysis Cure?*, The University of Chicago Press, Chicago, 1984

16. Lachmann F. Beebe, B. Optimal responsiveness in a systems approach to representational and selfobject transferences. En Bacal H. *Optimal Responsiveness: How Therapists Heal Their Patients*, Jason Aronson, New Jersey, 1998, pp. 305-326
17. Lecannelier F. *Apego e intersubjetividad: Influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental*, LOM Ediciones, Santiago de Chile, 2006
18. Lyons-Ruth K. Implicit relational knowing: Its role in development and psychoanalytic treatment. *Infant Mental Health Journal* 1998; 19 (3): 282-289
19. 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, 2005 [1999], pp. 311-349
20. Lyons-Ruth K. "I sense that you sense that I sense...": Sander's recognition process and the specificity of relational moves in the psychotherapeutic setting. *Infant Mental Health Journal* 2000; 21: 85-98
21. Maroda K. Show some emotion: Completing the cycle of affective communication. En Aron L, Harris A. *Relational Psychoanalysis: Innovation and Expansion* (Vol. 2). The Analytic Press, New Jersey, 2005 [1999], pp. 121-143
22. Murray L. Intersubjectivity, object relations theory, and empirical evidence from mother-infant interactions. *Infant Mental Health Journal* 1991; 12 (3): 219-232
23. Rogers C. *Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implications, and Theory*, Houghton Mifflin, Boston, 1951
24. Sassenfeld A. Lenguaje corporal e intencionalidad relacional. Presentación en las VII Jornadas Clínicas del CAPs (Clínica de Atención Psicológica) del Departamento de Psicología, Universidad de Chile, 2006a
25. Sassenfeld A. Regulación afectiva, psicopatología y psicoterapia. *Gaceta Universitaria: Temas y controversias en psiquiatría* 2006b; 2 (3): 329-336
26. Sassenfeld A. El concepto del selfobjeto y el proceso psicoterapéutico desde la perspectiva de la psicología psicoanalítica del self. *Gaceta Universitaria: Temas y controversias en psiquiatría* 2006c; 2 (1): 55-60
27. Schore A. Attachment and the regulation of the right brain. *Attachment & Human Development* 2000; 2 (1): 23-47
28. Schore A. Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal* 2001a; 22 (1-2): 7-66
29. Schore A. The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal* 2001b; 22 (1-2): 201-269
30. Schore A. Advances in neuropsychanalysis, attachment theory, and trauma research: Implications for self psychology. *Psychoanalytic Inquiry* 2002; 22: 433-484
31. Schore A. *Affect Dysregulation and Disorders of the Self*, W. W. Norton, New York, 2003a
32. Schore A. *Affect Regulation and the Repair of the Self*, W. W. Norton, New York, 2003b
33. Schore A. A neuropsychanalytic viewpoint: Commentary on paper by Steven H. Knoblauch. *Psychoanalytic Dialogues* 2005a; 15 (6): 829-854
34. Schore A. Attachment, affect regulation, and the developing right brain: Linking developmental neuroscience to pediatrics. *Pediatrics in Review* 2005b; 26 (6): 204-217
35. Schore A. A neuropsychanalytic perspective of development and psychotherapy. *Energy & Character* 2006; 35: 18-30
36. Stechler G. Affect: The heart of the matter. *Psychoanalytic Dialogues* 2003; 13 (5): 711-726
37. Stern D. *El mundo interpersonal del infante: Una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva*, Paidós, Buenos Aires, 1985
38. Stern D. The process of therapeutic change involving implicit knowledge: Some implications of developmental observations for adult psychotherapy. *Infant Mental Health Journal* 1998; 19 (3): 300-308
39. Stern D. *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*, W. W. Norton & Company, New York, 2004
40. Stern D, Sander L, Nahum J, Harrison A, Lyons-Ruth K, Morgan A, Bruschweiler-Stern N, Tronick E. Non-interpretative mechanisms in psychoanalytic therapy: The "something more" than interpretation. *International Journal of Psychoanalysis* 1998; 79: 903-921
41. Stern S. The *Yin and Yang* of intersubjectivity: Integrating self-psychological and relational thinking. En Coburn W. *Progress in Self Psychology: Transformations in Self Psychology* (Vol. 20). The Analytic Press, New Jersey, 2004, pp. 3-20
42. Tronick E. Emotions and emotional communication in infants. *American Psychologist* 1989; 44: 112-119
43. Tronick E. Dyadically expanded states of consciousness and the process of therapeutic change. *Infant Mental Health Journal* 1998; 19 (3): 290-299
44. Tronick E. "Of course all relationships are unique": How co-creative processes generate unique mother-infant and patient-therapist relationships and change other relationships. *Psychoanalytic Inquiry* 2003; 23: 473-491
45. Tronick E, Cohn J. Infant-mother face-to-face interaction: Age and gender differences in coordination and the occurrence of miscoordination. *Child Development* 1989; 60: 85-92
46. Van der Kolk B. Posttraumatic therapy in the age of neuroscience. *Psychoanalytic Dialogues* 2002; 12 (3): 381-392
47. Winnicott D. *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador: Estudios para una teoría del desarrollo emocional*, Paidós, Buenos Aires, 1965

## REVISIÓN

# ASPECTOS GENERALES DE LA NEUROBIOLOGÍA DE LA PSICOTERAPIA

(Rev GPU 2007; 3; 3: 310-320)

Pedro Retamal<sup>1</sup>, Carolina Ibáñez G.<sup>2</sup>, Felipe Mosella<sup>2</sup>, Catalina Castro<sup>2</sup>

Durante el siglo XX hemos asistido a la división de la psiquiatría en dos grandes bloques de profesionales: aquellos dedicados a los aspectos psicosociales y los neurocientistas. La dicotomía ha popularizado la idea que la psicoterapia sirve para los problemas de base psicológica y que los medicamentos son el tratamiento de elección para los problemas biológicos. De manera que las personas han llegado a ser separadas en mente y cerebro, en contraposición de la cada vez más conocida integración entre el cerebro y el medio ambiente. En esta revisión pretendemos resumir algunos de los fundamentos de la relación mente-cerebro-ambiente, la influencia del ambiente, aprendizaje y relaciones de apego sobre la actividad cerebral, la relación entre memoria, aprendizaje y cerebro, la manera en que el cerebro es influido por la psicoterapia y por último los mecanismos que se han estudiado en la acción psicoterapéutica en algunas de las patologías psíquicas.

## INFLUENCIA DEL MEDIO EXTERNO EN LA MODIFICACIÓN DEL CEREBRO

Los patrones de herencia mendeliana no se aplican a las enfermedades mentales: más frecuente es la penetrancia incompleta y la expresión variable. Esto sugiere que el medio ambiente y los factores del desarrollo interactúan con el material genético para producir enfermedades psiquiátricas. Cuál es la influencia del medio ambiente por un lado y del código genético por el otro en el desarrollo del cerebro, es una de las cuestiones que ha polarizado a los investigadores (1).

Un grupo de autores (2, 3) plantea que la naturaleza del estímulo externo es el factor decisivo de la organización de determinadas zonas corticales. Además existe un periodo crítico durante el cual el cerebro se organiza según la influencia ambiental y cuya plasticidad dependería de los estímulos presentes en tales periodos (4).

Existen otros trabajos que también proveen pruebas sobre la participación de los estímulos externos durante periodos críticos al comienzo de la vida (5, 6). En éstos se demuestra que la privación sensorial incluso de los estímulos provenientes de los bigotes en una rata,

<sup>1</sup> Médico Psiquiatra. Departamento Psiquiatría Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

<sup>2</sup> Interno(a) de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.



modifican la motilidad de las neuronas de la corteza, siempre que ocurra entre los días 11 y 13 después del nacimiento (7).

Basado en los modelos que surgen del estudio neurobiológico se ha propuesto que la psicoterapia puede causar cambios en las sinapsis cerebrales, entendiendo la acción terapéutica como una forma de aprendizaje. De acuerdo con esta hipótesis el medio ambiente modularía la transcripción y no afectaría la estructura del gen (8).

Se ha demostrado que la plasticidad del cerebro depende de un influjo ambiental: las ratas que crecen en ambientes con sus pares y que realizan un aprendizaje más complejo, tienen más sinapsis por neurona que las criadas aisladas (9). Un impacto ambiental distinto podría explicar por qué gemelos idénticos presentan discordancia en esquizofrenia, por ejemplo el comportamiento conflictivo y negativo de los padres dirigido hacia uno de sus hijos era responsable del 60% de la varianza de la conducta antisocial adolescente (10).

La actividad derivada del medio ambiente guiará el desarrollo de dendritas para que ellas conformen esquemas cognitivos para la construcción de las representaciones mentales. Las conexiones entre la corteza, el sistema límbico y el sistema nervioso autónomo se estructuran en circuitos, de acuerdo a las experiencias del organismo en desarrollo. Es así como los circuitos de emoción y memoria se relacionan a través de patrones de conexión debidos a estímulos ambientales. Este patrón de desarrollo se resume en que "células que disparan juntas se conectan" (11).

Los eventos ambientales también pueden desencadenar la vulnerabilidad a enfermedades en adultos. En estudios con gemelos se ha observado que una situación estresante reciente es un factor de riesgo muy poderoso para un episodio depresivo mayor, en tanto que los factores genéticos parecieran alterar la sensibilidad de los individuos al efecto depresivo de los eventos estresantes (12).

## NEUROBIOLOGÍA DE LA MEMORIA

### Plasticidad en el sistema nervioso central del adulto

Plasticidad es la capacidad del sistema nervioso para cambiar, más evidente durante el desarrollo temprano del individuo. Sin embargo, durante la vida adulta los seres humanos pueden adquirir nuevas habilidades y establecer nuevas memorias (13). Aun cuando la comprensión de estos procesos continúa siendo un desafío, se sabe que estos fenómenos se basan en cambios en la

estabilidad y permanencia de las sinapsis. A diferencia de lo que ocurre durante el desarrollo, en que se crean y eliminan conexiones, la estabilidad de una sinapsis puede ser modificada por milésimas de segundos y hasta por meses, siendo lo primero atribuible a cambios transitorios de la neurotransmisión y lo segundo a cambios en la expresión génica.

A corto plazo podemos observar dos tipos de plasticidad: la facilitación y la inhibición sináptica. La primera ocurre cuando dos o más potenciales de acción invaden la terminación presináptica, con muy poca diferencia de tiempo, que lleva a que se libere más neurotransmisor con cada potencial de acción sucesivo, aumentando progresivamente el cambio de voltaje en la neurona postsináptica. La inhibición sináptica se puede observar en la unión neuromuscular, cuando muchos potenciales de acción sucesivos logran liberar tanto neurotransmisor, que sobrecargan los mecanismos de recaptación y carga de las vesículas presinápticas; de esta manera la función sináptica disminuye hasta que se pueda recuperar el pool de vesículas, que produce un nuevo potencial de acción y una nueva gran descarga. Este tipo de refuerzo se llama potenciación post tetánica (14).

### Potenciación a largo plazo (LTP)

Los cambios prolongados que podrían explicar los fenómenos que persisten en el tiempo, como la memoria o las conductas aprendidas, deben ser explicados por modificaciones más duraderas. El cambio prolongado en la actividad sináptica mejor estudiado es el LTP en el hipocampo de mamíferos (15). Los somas de las neuronas piramidales se ubican en una capa del hipocampo cuyas principales regiones son CA1 y CA3. Las dendritas de las neuronas de CA1 forman el estrato radiado y se conectan con las aferencias originadas en las células piramidales de CA3 (16). La interacción entre estas células muestra una forma muy intensa de LTP. La transmisión sináptica aumenta cuando una sinapsis es activada varias veces. Hay dos características del LTP que los hacen altamente compatibles con la posibilidad de estar involucrados en procesos de memoria y aprendizaje: especificidad y asociatividad (15).

Desde el punto de vista molecular los LTP se basan en las propiedades de un tipo especial de receptor de glutamato, el receptor NMDA: se observó que los antagonistas del NMDA impiden la formación de LTP. El canal NMDA es muy permeable al calcio y tiene además un bloqueo voltaje dependiente de las concentraciones de magnesio (17). A una baja frecuencia de descarga las neuronas de la zona CA3 liberan glutamato hacia la

región CA1. En el canal de NMDA liberado de magnesio se produce un flujo de sodio y uno de calcio. Se cree que los iones de calcio al entrar a la célula estimulan enzimas activadas por calcio, como por ejemplo, proteinquinasa C y Proteinquinasa Calcio / Calmodulina dependiente (18).

## ASPECTOS DE LA MEMORIA Y APRENDIZAJE RELEVANTES PARA LA PSICOTERAPIA

La codificación de la información se lleva a cabo reforzando las conexiones entre neuronas adyacentes, que genera crecimiento y cambios metabólicos. A esto se le llama plasticidad sináptica y daría lugar a la formación de redes que se relacionarían con la percepción y la memoria.

La plasticidad, a través de la cual aprendemos, es necesaria para introducir cambios en el comportamiento y por lo tanto para la psicoterapia. La neuroplasticidad nos indica que el crecimiento y la diferenciación del cerebro no están sólo determinadas genéticamente sino también por la interacción con el ambiente. El cerebro no deja de crecer en la infancia ni durante la vida adulta, lo que ocurre es que se modifican las redes corticales según la experiencia del individuo, incluyendo las neuronas generadas de novo en el hipocampo (19).

Procesos mentales inconscientes que percibimos, pensamos, soñamos, fantaseamos, no son directamente accesibles a través de procesos conscientes. La memoria que llamamos de procedimiento o memoria implícita es inconsciente y es sólo evidente en los actos, involucra diferentes sistemas cerebrales, entre ellos la corteza sensorial que tiene la función de reconocimiento de estímulos recientes, la amígdala que participa en la adquisición de estados emocionales, neostriatum que es necesario para la formación de actos motores nuevos y de los hábitos cognitivos (20, 21).

La neuroplasticidad es necesaria para los cambios de comportamiento, cognición y emoción, que constituyen el objetivo de la psicoterapia. Para lograr cambios persistentes la psicoterapia debería reestructurar las redes neurales, especialmente en el sistema subcortico-límbico, responsable de las motivaciones emocionales y disposiciones inconscientes. Los componentes inconscientes sólo alcanzan estructuras cortico-hipocampales, pero tienen efectos limitados en el sistema motivacional (22).

La investigación acerca de la memoria es relevante para los procesos de aprendizaje y cambio relacionados con la psicoterapia (23). La memoria implícita o procedural (inconsciente y automática) involucra los ganglios

basales, cerebelo y amígdala; la memoria declarativa o explícita involucra lóbulo temporal, hipocampo y ésta conectada con estructuras corticales (8). En la medida que el sistema de memoria implícita contiene los patrones de interacción emocional y corporal, prerreflexivos, activados por claves situacionales sutiles (expresión facial, gestos, atmósfera emocional) es crucial para las relaciones interpersonales y también para el proceso terapéutico (24).

La memoria explícita almacenaría la experiencia en el lóbulo temporal (hipocampo) (25). En cambio la implícita, relacionada con las experiencias emocionales tempranas de apego, se localizaría en los ganglios basales ésta aparece precozmente en el desarrollo y no está disponible para el procesamiento consciente y se aprende por reglas que se perpetúan por medio de refuerzos.

En la psicoterapia las reglas que se han aprendido tempranamente, en relación al apego, y que se han estructurado como memoria implícita, son reveladas y presentadas al paciente, para luego aprender nuevos patrones. La memoria implícita guiaría inconscientemente el comportamiento, las expectativas y las relaciones interpersonales. El apego indica que las experiencias afectivas tempranas son permanentemente guardadas en la memoria. Muchos de los cambios y avances en procesos terapéuticos no son del dominio consciente sino que inconsciente. Una contribución de la biología es el cambio del estudio básico de los procesos inconscientes desde la inferencia indirecta a la observación directa, lo que ha permitido determinar cuales son los aspectos del psicoanálisis relevantes en los procesos de memoria, mediados por sistemas subcorticales (26-28). Las relaciones tempranas de apego serían interiorizadas y codificadas como memoria de trabajo o de procedimiento (29). La autorregulación dependería del apego. Si éste fue deficiente, genera vulnerabilidad para padecer estados depresivos, ansiosos, pobre funcionamiento social por excesivo apoyo en fuentes externas de regulación (29). Por lo anterior, la psicoterapia puede ser vista como una relación de apego, para regular la homeostasis afectiva y reestructurar la memoria implícita relacionada al apego (30).

En un trabajo clásico, *Recuerdo, Repetición y Elaboración*, Freud (1914) (31) recalzó que lo que el paciente no recuerda será repetido en la relación entre paciente y terapeuta y la manera que tiene el paciente de relacionarse con el médico entregará una gran cantidad de información acerca de los conflictos inconscientes del paciente y de sus relaciones de objeto interiorizadas. La investigación de la memoria nos permite hoy traducir el concepto freudiano de lo que emerge en la relación

de transferencia hacia el terapeuta en términos más contemporáneos.

Lo que normalmente es denominado transferencia está en parte relacionado con la memoria de trabajo o implícita. Lo que ocurre en la relación con el terapeuta es el modo habitual, automático y estereotipado de las relaciones de objeto modeladas por el apego de los primeros años del paciente. Estas configuraciones para las relaciones están codificadas en la memoria de trabajo y son implícitas ya que operan fuera del nivel consciente. De forma similar, las defensas se pueden entender como una manera de memoria de trabajo que se codifica en la regulación de los estados afectivos asociados con las relaciones de objeto interiorizadas. Así, se ha sugerido que la psicoterapia es una nueva relación de apego, capaz de reestructurar el apego implícito en la memoria de trabajo. Los prototipos guardados en la memoria se pueden modificar por nuevas interacciones con el terapeuta que son interiorizadas por el paciente. Este modelo requiere un terapeuta involucrado afectivamente, porque el aprendizaje depende de una experiencia afectiva real con el terapeuta (29).

### **IMPACTO DEL AMBIENTE EN EL CEREBRO: LAS RELACIONES SOCIALES**

Evidencias en otras especies indican que las interacciones sociales en el medio ambiente pueden afectar la manera en que un neurotransmisor actúa en el organismo. En los cangrejos se identificó una neurona que responde de distinta forma a la serotonina dependiendo del estatus social. Esta neurona controla el movimiento reflejo de la cola, que es importante para lucha y retirada. En el animal dominante la serotonina hace a la neurona más susceptible de disparar, sin embargo en los animales subordinados el mismo neurotransmisor suprime el disparo. Este tipo de respuesta no está permanentemente codificado, ya que si el estatus del animal cambia, el efecto de serotonina en la neurona también varía. Esto podría llevar a especular que la percepción de uno mismo en una relación puede influir la actividad de los neurotransmisores y su efecto en el cerebro (32).

También se ha visto que alteraciones en las relaciones sociales producen cambios bioquímicos duraderos en monos rhesus. Cuando en su infancia son separados de sus madres desarrollan comportamientos anormales sugerentes de ansiedad. Estos infantes superarían estas alteraciones al interrelacionarse con pares que fueron criados por sus propias madres; sin embargo las dificultades reaparecen cuando se encuentran con situaciones nuevas o estresantes. Los infantes tienen además

mayores niveles de cortisol y ACTH en respuesta a la separación y menores niveles de noradrenalina en LCR, además de menores niveles de MHPG (33).

Existen otras demostraciones acerca de cómo las figuras paternas puede influenciar la vulnerabilidad genética. Un 20% de los monos rhesus que eran rechazados por sus padres reaccionaban a breves separaciones con elevación de cortisol y ACTH, con reacciones depresivas. Esta vulnerabilidad aparentemente era genética. Sin embargo, cuando estos infantes eran acompañados por madres amistosas y amables en la colonia, la susceptibilidad innata a la ansiedad de separación desaparecía. Estos monos llegaron incluso a la más alta jerarquía en la colonia, que sugiere que estas “supermadres” ayudaron a estos monos jóvenes a desarrollar su sensibilidad innata para producir una mejor sintonía con las claves sociales y responder de manera más favorable a ellas (33).

El trauma también ha sido estudiado en primates y produciría cambios bioquímicos y comportamientos específicos. En un estudio con monos asignados al azar a madres normales o madres que les generaban ansiedad con esquemas de alimentación impredecibles, se encuentra que los monos criados con “madres ansio-genéticas” mostraban una capacidad disminuida para la interacción y eran subordinados socialmente. Sin embargo estos cambios no se manifestaban hasta la adolescencia, confirmando la hipótesis psicoanalítica que alteraciones en etapas precoces del desarrollo pueden producir cambios psicopatológicos más tarde (34). Debido a que las influencias genéticas se controlan a través de la asignación al azar, los resultados sugieren que la ansiedad en la madre fue central en los cambios identificados.

### **INVESTIGACIÓN ACERCA DEL DESARROLLO, APEGO Y EMPATÍA**

Existen evidencias que a la edad de 3 o 4 meses los mapas cerebrales de interacción y de aprendizaje en relación a la memoria de trabajo ya se han completado (35). A través de un procesamiento inconsciente extraen de su memoria implícita los prototipos y reglas de experiencias repetidas, así estas “maneras de ser” organizan el comportamiento interpersonal del niño, y después éstas serán transferidas a otros ambientes, congruentes o no, con las experiencias tempranas.

La memoria implícita relaciona las experiencias deficientes de interacción, de apego y regulación perturbada de los afectos que juegan un rol fundamental en las enfermedades mentales (27). Sería una confirmación de la importancia del inconsciente, pero a diferencia del

modelo freudiano, la amnesia de la infancia ya no corresponde a represión sino a una maduración tardía del sistema de memoria declarativa o implícita (8).

El sistema de apego es central como sistema de organización del cerebro de mamíferos superiores, permitiéndoles a los infantes "utilizar" a sus padres para regular sus estados internos hasta que su propio cerebro funcione de manera autónoma y madura; desde este punto de vista, serían sistemas homeostáticos abiertos (36) y requerirían de regulación externa o sintonización, serían "estados de sintonización afectiva" madre-hijo (29). Estas primeras experiencias se codifican como memoria procedural, estableciendo lazos seguros y estables con otros. Por el contrario, el déficit de apego resulta en repertorios de conducta desorganizados (37) y una falta de capacidad para la autorregulación del estrés y los afectos (38).

Existe un sistema de espejo neural en la corteza premotora y también en otras áreas, correlato neurofisiológico de la comprensión de las acciones, comunicación no verbal y empatía (39, 40). Las neuronas espejo disparan o descargan cuando se observa una acción similar en otro individuo: aparentemente vinculan el comportamiento intencional de otros con la propia experiencia de acción, llevando a una unión de comprensión mutua. Recientemente se han descrito neuronas que responden al dolor de otros en la corteza del cíngulo (41). Serían las bases para una sensibilidad corporal y resonancia emocional mutua que compartiríamos con otras personas (24).

Se han encontrado periodos de cambios estructurales en la formación del cerebro: infancia temprana (15 meses a 4 años), infancia tardía (6 años a 10 años), pubertad y adolescencia media, y se ha sugerido que existen "ventanas en el tiempo" en las que la posible expresión de un gen o grupos de genes dependería de un cierto tipo de influencia ambiental. Tales "ventanas" se corresponderían con los periodos de mayores cambios estructurales en el cerebro, sugiriendo que existe una relación entre las experiencias ambientales en esas etapas y la predisposición a sufrir expresiones psicopatológicas, por la alteración que podrían provocar las influencias ambientales en la expresión de ciertos grupos de genes (8).

Muchos pacientes con depresión mayor han experimentado situaciones estresantes durante su niñez, incluyendo abuso y negligencia. Durante los primeros 2 a 3 años de vida, cuando la interacción de un niño con su madre es particularmente importante, el niño depende primariamente de su sistema de memoria de procedimiento y posteriormente desarrolla la memoria declarativa. En los adultos, como respuesta al estrés

aparece un incremento en la concentración plasmática de ACTH y glucocorticoides, similar a lo que acontece cuando la madre ignora a los cachorros. Algo semejante ocurre con las experiencias adversas tempranas al provocar incremento de la expresión de genes para CRF (factor liberador de corticotrofina). Estresores repetidos o la exposición a concentraciones elevadas de glucocorticoides durante varias semanas, causan atrofia de las neuronas del hipocampo, que resulta reversible cuando el estrés o el nivel de exposición de glucocorticoides finaliza. Cuando la exposición a estrés o a niveles elevados de glucocorticoides es prolongada, por meses o incluso años, ocurre daño permanente y se produce pérdida de neuronas del hipocampo. Debido al reconocido rol del hipocampo en la memoria explícita o declarativa, tanto la atrofia reversible como el daño permanente resultan en una significativa alteración funcional de la memoria. Consistente con los datos obtenidos en roedores, los pacientes con depresión tienen una significativa reducción en el volumen del hipocampo y alteración de memoria declarativa. Ha sido posible determinar que en pacientes depresivos existe un aumento marcado de la secreción de CRF (42). Además, cuando se inyecta CRF directamente dentro del SNC de mamíferos se producen muchos de los signos y síntomas de la depresión.

También se han postulado interacciones entre trauma en la infancia y maduración estructural del cerebro. Ha sido demostrado que el volumen del hipocampo izquierdo en adultos con trastorno de estrés post traumático que habían experimentado abuso físico o psicológico se encontraba reducido al ser comparado con controles sanos (43).

Se estudiaron las respuestas de pacientes con distintas formas de depresión mayor y trauma en la infancia, sometiéndolos a psicoterapia o a tratamiento farmacológico. Se consideró una muestra de 681 personas de 18 a 75 años, que sufrían formas crónicas de depresión mayor (44). Los pacientes fueron asignados al azar a grupos de 12 semanas de tratamiento con Nefazodone, Psicoterapia Sistémica Analítica Cognitivo Conductual o la combinación de ambos. Se aplicó una escala de trauma en la infancia al iniciar el estudio y que comprendía pérdidas paternas, abuso físico, abuso sexual, negligencia y cualquier forma de trauma. La escala Hamilton sirvió para cuantificar la severidad de la depresión al inicio y a las 12 semanas. Los resultados obtenidos mostraron que el efecto del antidepresivo y de la psicoterapia eran iguales y significativamente menos efectivos que el tratamiento combinado en el grupo de pacientes sin antecedentes de traumas infantiles. En los pacientes con historia de trauma la psicoterapia sola

fue más efectiva que la monoterapia antidepressiva, en tanto que la combinación de psicoterapia y farmacoterapia fue sólo marginalmente superior.

Se ha encontrado que el volumen del hipocampo izquierdo (TAC cerebro) en pacientes mujeres con depresión mayor e historia de abuso durante la infancia era en promedio un 18% menor que aquellas que tenían depresión sin abuso y un 15% menor que los sujetos sanos. El volumen del hipocampo derecho no presentó variaciones entre los tres grupos (45).

## IMPACTO DE LA PSICOTERAPIA EN EL CEREBRO

La mayor parte de los cambios estructurales es adquirida o producida en etapas precoces de la vida, lo que implica la mayor plasticidad y capacidad de aprendizaje a estas edades. Estudios de la expresión de genes asociados con el aprendizaje en animales indican que estas alteraciones son seguidas por cambios en los patrones de conexiones entre las células nerviosas, en algunos casos en el crecimiento y retracción de las conexiones sinápticas (46). Actualmente es razonable suponer que se puedan lograr cambios persistentes de actividades, hábitos y comportamientos, tanto conscientes como inconscientes, con modificaciones estructurales en el cerebro (8, 30, 47).

Estudios con tomografía de emisión de positrones (PET) en pacientes con trastorno obsesivo compulsivo (TOC), tratados con terapia cognitivo conductual (TCC) o farmacoterapia con Imipramina, demostraron una reducción similar de la hiperactivación del núcleo caudado rostral (48, 49). En pacientes con depresión (50, 51) los estudios con PET demostraron una disminución de la actividad del lóbulo prefrontal, tras psicoterapia interpersonal y tratamiento antidepressivo. Además se ha demostrado normalización del metabolismo prefrontal tras una TCC exitosa para fobia social y para fobia específica a las arañas (52, 53).

En pacientes con depresión se ha encontrado que la TCC actúa en áreas cerebrales diferentes comparada con la terapia farmacológica. La TCC influye en las áreas medio frontales y la corteza del cíngulo, y la farmacoterapia en las regiones subcorticolímbicas (tronco, ínsula, cíngulo). Al parecer la TCC modifica las cogniciones disfuncionales que alivian los síntomas neurovegetativos e inhibición, mientras que la farmacoterapia debería ir en el sentido opuesto, desde los síntomas a lo cognitivo. Así la psicoterapia actúa con mecanismos corticales de “arriba abajo” y la farmacoterapia con mecanismos subcorticales de “abajo a arriba”, sugiriendo que el cerebro puede recibir información desde diferentes niveles jerárquicos y que éste la traduce en ambas direcciones.

Cuando va de arriba-abajo, es desde la experiencia subjetiva del significado para interactuar con el nivel neuroquímico. De abajo-arriba los efectos de un fármaco en el metabolismo de un transmisor subcortical cambian el humor y la cognición en forma subjetiva. El placebo tendría principalmente efectos subjetivos o corticales en contraste a los efectos de la fluoxetina que ocurren a nivel subcorticolímbicos y en el tronco (54).

Sin embargo las alteraciones psíquicas parecen corresponder a una perspectiva más compleja: producto de una causalidad circular de influencias sociales, ambientales, neurofisiológicas y subjetivas interactuando unas con otras. En estos círculos de retroalimentación el cerebro actúa como un órgano mediador-traductor o estación de relevo y no como órgano originario de la causa, en forma monolineal. Desde este punto de vista la dualidad entre terapias que actúan en el cerebro y otras psicológicas ya no es posible sostenerla. Ambas tienen que complementarse siendo irremplazables entre sí (55, 56). Este modelo permite ampliar nuestra comprensión sobre las intervenciones psiquiátricas atribuyéndoles una naturaleza biopsicosocial. En otras palabras, los medicamentos tienen un efecto “psicológico” además de su impacto en el cerebro, y las intervenciones psicoterapéuticas tienen un efecto en el cerebro además de su impacto “psicológico” (8).

## TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO (TOC)

En las personas que padecen TOC se ha demostrado que presentan menos sustancia blanca, mayor tamaño de la neocorteza y un mayor volumen ventricular (57). Las tasas metabólicas cerebrales para glucosa en pacientes con TOC (58) se han medido con PET, observándose un mayor índice metabólico de glucosa en ambos hemisferios cerebrales, cabeza del núcleo caudado, giro frontal, orbital, estriado y corteza cingulada anterior (59).

Por otra parte, estudios en pacientes con diagnóstico de TOC, utilizando terapia cognitivo conductual o farmacoterapia con fluoxetina, han demostrado que ambas producirían una disminución aparente en las tasas metabólicas cerebrales de glucosa medidas por PET. Además disminuyen los índices metabólicos de glucosa en la cabeza del núcleo caudado. Estos estudios apuntan a que existiría una vía córtico-estriado-talámica mediando los síntomas del TOC (60).

## TRASTORNOS DE PERSONALIDAD BORDERLINE

Se ha encontrado que la terapia psicodinámica puede tener impacto significativo en el metabolismo de la serotonina. En un hombre de 25 años que sufría per-

sonalidad borderline y depresión, al iniciar psicoterapia se registraron imágenes por tomografía emisión de fotones (SPECT). Otro hombre con un cuadro similar fue sometido a un registro similar, pero no recibió psicoterapia ni ningún otro tipo de tratamiento. Los SPECT del inicio demostraron que ambos tenían una marcada disminución de la captación de serotonina en el área prefrontal medial y el tálamo, al ser comparados con diez controles sanos. Pero la imagen de SPECT un año después mostró que el hombre que había recibido un año de terapia psicodinámica tenía una captación normal de serotonina en el área prefrontal medial, mientras que el paciente que no recibió psicoterapia continuaba con una marcada reducción de la captación de serotonina, sugiriendo que la terapia psicodinámica por sí misma podía haber normalizado el metabolismo de la serotonina (61).

## FOBIA SOCIAL

En pacientes con fobia social se estudió el efecto de citalopram y de psicoterapia cognitivo conductual en el flujo sanguíneo cerebral regional por PET. Se sometió a los pacientes sin tratamiento previo a una situación que provocara ansiedad (hablar en público) y se midió el flujo cerebral. De manera aleatoria se les asignó tratamiento con citalopram, psicoterapia o lista de espera (grupo control). Se evaluaron los resultados después de nueve semanas a través de mediciones subjetivas y psicofisiológicas, con una significativa mejoría de los síntomas en pacientes con citalopram o con psicoterapia, no así en el grupo de lista de espera. Esta mejoría se acompañó de una disminución en el flujo sanguíneo cerebral en amígdala, hipocampo y cortezas periamigdalina, rinal, y parahipocampal en los pacientes que recibieron tratamiento. El grado de disminución del flujo se asoció con la mejoría clínica un año después. Se observó también que existían sitios comunes de acción para citalopram y psicoterapia en amígdala, hipocampo y áreas corticales vecinas (62).

## ENFERMEDADES AFECTIVAS

Se han encontrado anomalías en áreas cerebrales en la depresión mayor, incluyendo la corteza frontal, el giro cingulado, los ganglios basales y la corteza temporal, con estudios que demuestran que la terapia antidepresiva produce cambios a nivel de la corteza (63-68, 116).

Se han determinado variaciones en el metabolismo de la glucosa medida a través de PET, asociado a la remisión de la depresión luego de 15 a 20 sesiones de

TCC y se evidenciaron áreas con aumento del metabolismo en hipocampo y corteza cingulada dorso medial y zonas con disminución del metabolismo tales como corteza prefrontal dorsolateral, prefrontal ventrolateral y regiones frontales medial superior e inferior, como el cingulado posterior, corteza parietal inferior y la corteza temporal inferior (69, 70). En el cingulado dorso medial, frontal ventromedial y cingulado posterior se evidencian cambios con TCC pero no con paroxetina (71). Por lo tanto, se ha visto que los aumentos recíprocos límbicos (hipocampo y cíngulo dorso medial) y las disminuciones corticales (dorso lateral, ventro lateral, medio orbito frontal y temporal inferior y parietal) se identifican tras un tratamiento exitoso con TCC. Estos cambios regionales ocurren en lugares similares o idénticos a los que se han visto anteriormente con paroxetina y otras farmacoterapias (72-74).

La TCC en comparación a los medicamentos ayuda a disminuir la hiperactividad en las regiones frontomediales del cerebro de los pacientes depresivos. Por otro lado se ha demostrado que aquellos pacientes que tienen hiperactividad fronto medial tendrían una mayor probabilidad de recaída (54).

En estudios que comparan la respuesta a venlafaxina y psicoterapia interpersonal (PIP) con tomografía computarizada por emisión de fotones (SPECT) aparece una significativa mejoría de los dos grupos (más con venlafaxina). Ambos tratamientos demostraron cambios del flujo sanguíneo cerebral, observándose una activación de ganglios basales derechos y de la zona temporal posterior derecha con venlafaxina, mientras que el grupo con PIP tuvo activación de ganglios basales derechos también y del sistema límbico y cingulado posterior derecho. Por lo tanto, ambos tratamientos aumentan el flujo sanguíneo en los ganglios basales, pero el flujo en el sistema límbico sólo aumenta con PIP (75).

Al comparar el tratamiento con paroxetina y PIP se observa que los pacientes con depresión tenían un metabolismo más alto que los controles en la corteza prefrontal, núcleo caudado y tálamo y un metabolismo menor en el lóbulo temporal. Luego del tratamiento las tasas metabólicas de estas regiones en los pacientes depresivos tienden a normalizarse. Después del tratamiento los pacientes que recibieron paroxetina tuvieron una disminución mayor en el puntaje de depresión (61,4%), que los pacientes tratados con PIP(38%). Sin embargo en ambos grupos se observó disminución de la actividad en la corteza prefrontal. En el grupo tratado con paroxetina se observaron cambios bilateralmente y en los tratados con psicoterapia se observaron cambios al lado derecho y en el giro del cíngulo anterior, y en el

metabolismo del lóbulo temporal izquierdo se observó un incremento de la tasa metabólica (76).

La terapia cognitiva también parece influir en los niveles de hormona tiroidea en pacientes con depresión mayor. Los pacientes que respondieron a la TCC mostraron importantes disminuciones en los niveles de T4, mientras que aquellos que no responden mostraron aumentos de T4 (77). Otro estudio con pacientes depresivos demostró que los cambios biológicos en la arquitectura del sueño producidos por la TCC son idénticos a los producidos por medicamentos antidepresivos (78).

En pacientes con enfermedad bipolar después de un año en terapia psicodinámica, se demostró normalización de la captación de serotonina (prefrontal y tálamo) (61).

## CONSECUENCIAS CONCEPTUALES DE LA NEUROBIOLOGÍA EN LA PSICOTERAPIA

Los conceptos de memoria de procedimiento, aprendizaje emocional, la naturaleza implícita de los patrones de relación adquiridos tempranamente y empatía, en contraste con la menor significación del rol de la represión y de la memoria declarativa, han cambiado la orientación del insight, interpretativo o cognitivo, y de una manera que el proceso terapéutico pretende alterar los patrones de memoria implícitos. Además crece el énfasis en la relación terapéutica (79).

De esta manera la psicoterapia se entiende como una nueva relación de apego, que tendría la facultad de regular la homeostasis afectiva y reestructurar la memoria implícita (relacionada con el apego). Desde esta perspectiva, la base de la interacción terapéutica descansa sobre la comunicación afectiva mediada por la resonancia corporal y la atmósfera emocional, más que por el lenguaje simbólico. El objetivo debe ser el pasado implícito que inconscientemente organiza y estructura el campo "de procedimiento" del paciente al relacionarse con otros. El re-aprendizaje implícito de la psicoterapia apoya los aspectos terapéuticos de la relación como agente de cambio y cuestiona la neutralidad afectiva del terapeuta (80-83). La amígdala es importante para desarrollar la memoria emocional y coordina el flujo de información entre las áreas del tálamo y la corteza cerebral. El hipotálamo, que regula la respuesta autonómica y las áreas de asociación de la neocorteza límbica, la corteza del cíngulo y la corteza prefrontal, están involucrados en la evaluación consciente de la emoción (8, 84, 85).

Los terapeutas pueden quedar sorprendidos al preguntarles a sus antiguos pacientes qué fue lo que

más los benefició durante los años de terapia. Para su mayor decepción, los pacientes no recuerdan ninguna de las formulaciones psicodinámicas o interpretaciones que el terapeuta estructuró cuidadosamente para generar insight. En cambio sí recuerdan la broma que dijo el terapeuta, un ataque de risa que vivieron juntos, un momento importante de conexión emocional o una mirada intercambiada en la que sintieran gran cercanía (91).

Adicionalmente a estos aspectos no interpretativos de la psicoterapia, el terapeuta puede entregar gran cantidad de insight de las observaciones de los patrones característicos implícitos de relación del paciente. Gran parte del trabajo de la psicoterapia consiste en darle al paciente una perspectiva que está fuera de la suya, y por lo tanto difiere de sus impresiones subjetivas. Inmerso en la dimensión de transferencia y contra-transferencia de la interacción terapéutica, el terapeuta empieza a sentir el patrón de relación característica que ocurre en la vida del paciente. Mostrándole al paciente su tendencia inconsciente de ser "dependiente, opositorista, controlador", el terapeuta gradualmente lo hace tomar conciencia de sus modos implícitos de relación. El paciente también se da cuenta del impacto de su comportamiento en otros. La toma de conciencia puede darle al paciente la sensación de manejo de tales patrones antes de activarlos automáticamente en futuras relaciones (91).

Constituye una sobresimplificación pensar que todos los procesos de transferencia están basados en memoria de trabajo. La transferencia es en efecto más complicada. La memoria declarativa que involucra fenómenos como creencias y expectativas, está también involucrada en la transferencia al terapeuta. Algunas de estas creencias y expectativas operan fuera de la esfera consciente y, por lo tanto, constituyen memorias declarativas implícitas. Un terapeuta que pide una aclaración, por ejemplo, puede ser visto como dudando de la credibilidad del paciente porque éste está inconscientemente convencido de que nadie validará su experiencia interna. El terapeuta notará este patrón repetitivo en que el paciente se siente herido cuando se solicita una aclaración. Al hacer notar esta tendencia a reaccionar a las preguntas como amenazas, el terapeuta puede ayudar a comprender las creencias implícitas sobre los demás que pueden no corresponder con la experiencia interna de la otra persona. Esta manera de comprensión interpretativa hace que las memorias declarativas implícitas estén disponibles para la reflexión consciente. La maestría ganada a través de este insight puede ayudar al paciente a desarrollar mejores relaciones de objeto y mayor autoestima (91).

## LIMITACIONES DE LA APROXIMACIÓN NEUROBIOLÓGICA EN PSICOTERAPIA

Es necesario ser cauteloso con los hallazgos neurobiológicos, ya que las neuroimágenes no muestran el cerebro real en acción y no existe certeza que los fenómenos clínicamente significativos se correspondan con aquellos que se ven más coloridos en las imágenes; éstos podrían corresponder a actividad compensatoria o inhibitoria en áreas secundarias debido a disfunciones básicas en otras. Otro problema es la visión estática que nos sugieren las imágenes transformando procesos dinámicos en objetos, que resulta inadecuado para describir la estructura temporal y espacial de la vida mental, puesto que la conciencia y la mente dependen de la interacción con el ambiente y con el organismo para existir. La psicoterapia es un proceso interpersonal basado en una relación de transferencia y contratransferencia que no se puede desviar de una perspectiva individual. La neurobiología enfoca en cerebros aislados, lejanos, a la intrincada intersubjetividad, el paradigma de antes y después impuesto por la imágenes puede ser útil para evidenciar ciertos efectos a nivel de sustrato, pero está lejos de reflejar lo que ocurre durante las sesiones de trabajo y su comprensión no debería sacrificarse en pos de la neurociencia de un único cerebro (86-88).

El mayor problema que surge de la perspectiva de la neurociencia se relaciona con nuestra concepción de enfermedad mental. Los psiquiatras biologicistas tienden a enseñarles a sus pacientes que su enfermedad se relaciona con un error en el metabolismo de un transmisor, que contribuye a reducir el estigma de su enfermedad. Así, hacen del cerebro algo impersonal, de manera que el paciente y sus familiares tienen menos propensión a sentir culpa o responsabilidad. El análisis psicológico a su vez puede llegar a culpar a la persona, mientras que en el modelo biológico sólo se buscan etiologías en el cuerpo (89).

¿Pero es una enfermedad algo de lo que no hay nada que aprender o entender? La psicoterapia cuenta con que los pacientes sean capaces de realizar insight, tener autonomía, hacerse cargo y madurar. Apela a su deseo de cambiar, responsabilizarse de sí mismos, con búsqueda de sentido e identidad, incluso en su enfermedad. La exageración de los conceptos neurobiológicos de moda puede llevarnos a la supresión de deseos, motivos o razones y comenzamos a ser agentes de nuestros genes, hormonas y neuronas. Consecuentemente nuestros problemas y sufrimientos ya no son considerados tareas existenciales que debamos enfrentar sino el resultado de circuitos neuronales en mal funcionamiento y nos podría conducir a una sociedad medicalizada, que

utilice fármacos para borrar memorias desagradables, tranquilizar niños desordenados, levantar ánimos y alterar disposiciones emocionales básicas. La psicoterapia puede argumentar que influencia las estructuras cerebrales. Incluso los psicoterapeutas pueden denominarse a sí mismos como re-programadores de vías cerebrales. Pero al menos los psicoterapeutas les siguen hablando a los pacientes y no a sus sinapsis. Transformar la neurobiología en el objetivo de la psicoterapia implica devaluar la realidad, puesto que la fuente de cambio se produce en el encuentro psicoterapéutico (90, 91).

## REFERENCIAS

1. Caspi A, Moffitt T. Opinion: gene-environment interactions in psychiatry. Joining forces with neuroscience. *Nature Rev Neuroscience* 2006; 7: 583-590
2. Sharma J, Angelucci A, Sur M. Induction of visual orientation modules in auditory cortex. *Nature* 2000; 404: 841-847
3. Von Melchner L, Pallas SL, Sur M. Visual behaviour mediated by retinal projections directed to the auditory pathway. *Nature* 2000; 404: 871-875
4. Rauschecker JP. Compensatory plasticity and sensory substitution in cerebral cortex. *Trends Neurosc* 1995; 18: 36-43
5. Merzenich M. Seeing in the sound zone. *Nature* 2000; 404: 820-826
6. Shepherd G, Pologruto T, Svoboda K. Experience-dependent plasticity of dendritic spines in the developing rat barrel cortex. *Neuron* 2003; 38: 277-289
7. Sadato N, Pascual-Leone A, Grafman J *et al.* Activation of the primary visual cortex by reading in blind subjects. *Nature* 1996; 380: 526-528
8. Kandel ER. Biology and the future of Psychoanalysis: a new intellectual framework for psychiatry revisited. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 505-524
9. Greenough W, Black J, Wallace C. Experience and brain development. *Child Development* 1987; 58: 538-559
10. Reiss D, Hetherington E, Plomin R *et al.* Genetic questions for environmental studies: differential parenting and psychopathology in adolescence. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 925-936
11. Schatz C. The developing brain. *Scientific American* 1992; 267: 60-67
12. Kendler K, Kessler R, Neale M *et al.* Stressful life events, genetic liability, and onset of major depression in women. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 833-842
13. Gilbert C *et al.* Receptive field dynamics in adult primary visual cortex. *Nature* 1992; 356: 150-152
14. Katz B *et al.* The role of calcium in neuromuscular facilitation. *J Physiol* 1968; 195: 481-492
15. Bliss T *et al.* Long lasting potentiation of synaptic transmission in the dentate area of the anaesthetized rabbit following the stimulation of the perforant path. *J Physiol* 1973; 232: 357-374
16. Collingridge G *et al.* Excitatory amino acids in synaptic transmission in the Schaffer collateral-commissural pathway of the rat hippocampus. *J Physiol* 1983; 334: 33-46
17. Mayer
18. Malenka R *et al.* Post synaptic calcium is sufficient for potentiation of hippocampal synaptic transmission. *Science* 1988; 242: 81-84
19. Björklund A, Lindvall O. Self-repair in the brain. *Nature* 2000; 405: 892-895



20. Scoville W, Milner B. Loss of recent memory after bilateral hippocampal lesions. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2000; 20: 11-21
21. Squire L, Zola-Morgan S. The medial temporal lobe memory system. *Science* 1996; 253: 1380-1386
22. Davidson R, Irwin W. The functional neuroanatomy of emotion and affective style. *Trends Cogn Sci* 1999; 3: 11-21
23. Schacter D. Implicit memory: history and current status. *J Exp Psychol Learn Mem Cogn* 1987; 13: 501-518
24. Fuchs T. Neurobiology and psychotherapy: an emerging dialogue. *Current Opinion Psychiatry* 2004; 17: 479-485
25. Bondi M, Kaszniak A. Implicit and explicit memory in Alzheimer's disease and Parkinson's disease. *J Clin Exp Neuropsychol* 1991; 13: 339-358
26. Solms M. What is consciousness? Charles Fischer Memorial Lecture to the New York Psychoanalytic Society. *J Am Psychoanal Assoc* 1996; 45: 681-778
27. Clyman R. The procedural organization of emotion: a contribution from cognitive science to the psychoanalytic therapy of therapeutic action. *J Am Psychoanal Assoc* 1991; 39: 349-381
28. Boston Process of Change Study Group. Interventions that effect change in psychotherapy: a model based on infant research. *Infant Ment Health J* 1998; 19: 277-353
29. Amini F, Lewis T, Lannon R *et al*. Affect, attachment, memory: contributions toward psychobiologic integration. *Psychiatry* 1996; 59: 213-239
30. Ligan D, Kay J. Some Neurobiological Aspects of Psychotherapy. *J Psychother Pract Res* 1999; 8: 103-114
31. Freud S. Recuerdo, repetición y elaboración. *Obras Completas*, 345 Tomo 2. Ed. Biblioteca Nueva, 1948
32. Yeh S, Fricke R, Edwards D. The effect of social experience on serotonergic modulation of the escape circuit of crayfish. *Science* 1996; 271: 366-369
33. Suomi S. Early stress and adult emotional reactivity in rhesus monkeys. In *Childhood Environmental and Adult disease: Symposium Nº 156*. (ed. CIBA Foundation Symposium Staff.) Chichester, Wiley, 1991, pp. 171-188
34. Rosenblum L, Andrews M. Influences of environmental demand on maternal behavior infant development. *Acta Paediatrica Supplement* 1994; 397: 57-63
35. Beebe B, Lachman F, Jaffe J. Mother-infant interaction structures and presymbolic self and object representations. *J Relat Perspect* 1997; 7: 133-182
36. Insel T, Young J. The neurobiology of attachment. *Nat Rev Neurosci* 2001; 2: 129-136
37. Tronick E. Things still to be done on the still-face effect. *Infancy* 2003; 4: 475-482
38. Hofer M. Relationships as regulators: a psychobiologic perspective on bereavement. *Psychosom Med* 1984; 46: 183-197
39. Rizzolatti G, Fadiga L, Gallese V, Fogassi L. Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Brain Res Cogn Brain Res* 1996; 3: 131-141
40. Gallese V. The roots of empathy: the shared manifold hypothesis and the neural basis of intersubjectivity. *Psychopathology* 2003; 36: 171-180
41. Hutchison WD, Davis KD, Lozano AM *et al*. Pain-related neurons in the human cingulate cortex. *Nat Neurosci* 1999; 2: 403-405
42. Nemeroff Ch. The corticotropin-releasing factor (CRF) hypothesis of depression: new findings and new directions. *Molecular Psychiatry* 1996; 1: 326-342
43. Bremner J, Randall P, Vermetten E *et al*. Magnetic resonance imaging based measurement on hippocampal volume in post-traumatic stress disorder related to childhood physical and sexual abuse. A preliminary report. *Biol Psychiatry* 1997; 41: 23-32
44. Nemeroff Ch, Heim E, Thase M. Differential response to psychotherapy versus pharmacotherapy in patients with chronic forms of major depression and childhood trauma. *PNAS* 2003; 100(21): 14293-14396
45. Vythingam M, Heim C, Newport J. Childhood trauma associated with smaller hippocampal volume in women with major depression. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 2072-2080
46. Ebert T, Panter C, Wienbruch C, Hoke M *et al*. Increased use of the left hand in string players associated with increased cortical representation of the fingers. *Science* 1995; 220: 21-23
47. Kandel E. Psychotherapy and the single synapse: the impact of psychiatric thought on neurobiological research. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2001; 13: 290-300
48. Baxter L, Schwartz J, Bergman K *et al*. Caudate glucose metabolism changes with both drug and behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 681-689
49. Schwartz J. Neuroanatomical aspects of cognitive-behavioral therapy response in obsessive-compulsive disorder: an evolving perspective on brain and behavior. *Br J Psychiatry Suppl* 1998; 35: 38-44
50. Brody A, Saxena S, Stoessel P *et al*. Regional brain metabolic changes in patients with major depression treated with either paroxetine or interpersonal therapy. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58: 631-640
51. Martin S, Martin E, Rai S *et al*. Brain blood flow changes in depressed patients treated with interpersonal psychotherapy or venlafaxine hydrochloride. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58: 641-648
52. Furmark T, Tillfors M, Marteinsdottir I *et al*. Common changes in cerebral blood flow in patients with social phobia treated with citalopram or cognitive behavioral therapy. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59: 425-433
53. Paquette V, Levesque J, Mensour B *et al*. Change the mind and you change the brain : effects of cognitive-behavioral therapy on the neural correlates of spider phobia. *NeuroImage* 2003; 18: 401-409
54. Goldapple K, Segal Z, Garson C *et al*. Modulation of cortical-limbic pathways in major depression: treatment-specific effects of cognitive behavior therapy. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61: 34-41
55. Fuchs T. Ecology of the brain: a systemic framework for psychiatry. *Nervenarzt* 2005; 76(1): 1-10
56. Fuchs T. Mind, leaning, and the brain. *Philos Psychiatry Psychol* 2002; 9: 261-264
57. Jenike M, Breiter H, Baer L *et al*. Cerebral structural abnormalities in obsessive compulsive disorder: a quantitative morphometric magnetic resonance imaging study. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 625-632
58. Baxter J, Schwartz J, Mazziotta J *et al*. Cerebral glucose metabolic rates in non depressed patients with obsessive compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1988; 145: 1560-1563
59. Baxter L, Schwartz J, Bergman K *et al*. Caudate glucose metabolism rate changes with both drug and behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 681-689
60. Schwartz J, Stoessel P, Baxter L *et al*. Systematic changes in cerebral glucose metabolic rate after successful behavior modification treatment of obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 109-113
61. Viinamki H, Kuikka J, Tiihonen J *et al*. Change in monoamine transporter density related to clinical recovery: a case-control study. *Nordic Journal Psychiatry* 1998; 52: 39-44
62. Furmark T, Tillfors M, Marteinsdottir I. Common Changes in Cerebral Blood Flow in Patients With Social Phobia Treated With Citalopram or Cognitive-Behavioral Therapy. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59: 425-433

63. Mayberg H, Lewis P, Regenold W *et al.* Paralimbic hypoperfusion in unipolar depression. *J Nucl Med* 1994; 35: 929-934
64. Yazici K, Kapucu O, Erbas B *et al.* Assessment of changes in regional cerebral blood flow in patients with major depression using the <sup>99m</sup>Tc-HMPAO single photon emission tomography method. *Eur J Nucl Med* 1992; 19: 1038-1043
65. Post R, DeLisi L, Holcomb H *et al.* Glucose utilization in the temporal cortex of affectively ill patients: positron emission tomography. *Biol Psychiatry* 1987; 22: 545-553
66. Sackeim H, Prohovnik I, Moeller J *et al.* Regional cerebral blood flow in mood disorder, I: comparison of major depressive and normal controls at rest. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 60-70
67. Hagman J, Buchsbaum M, Wu J *et al.* Comparison of regional brain metabolism in bulimia nervosa and affective disorder assessed with positron emission tomography. *J Affect Disord* 1990; 19: 153-162
68. Halloran E, Prentice N, Murray C *et al.* Follow-up study of depression in the elderly: clinical and SPECT data. *Br J Psychiatry* 1999; 175: 252-258
69. Mayberg H, Brannan S, Tekell J *et al.* Regional metabolic effects of fluoxetine in major depression: serial changes and relationship to clinical response. *Biol Psychiatry* 2000; 48: 830-843
70. Passero S, Nardini M, Battistini N. Regional cerebral blood flow changes following chronic administration of antidepressant drugs. *Prog Neuropsychopharmacol* 1995; 19: 627-636
71. Buchsbaum M, Wu J, Siegel B *et al.* Effect of sertraline on regional metabolic rate in patients with affective disorder. *Biol Psychiatry* 1997; 41: 15-22
72. Brody A, Saxena S, Silverman D *et al.* Brain metabolic changes in major depressive disorder from pre- to post-treatment with paroxetine. *Psychiatry Res* 1999; 91: 127-139
73. Kennedy S, Evans K, Kruger S *et al.* Changes in regional brain glucose metabolism measured with positron emission tomography after paroxetine treatment of major depression. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 899-905
74. Goldapple K, Segal Z, Garson C *et al.* Modulation of Cortical-Limbic Pathways in Major Depression: Treatment-Specific Effects of Cognitive Behavior Therapy. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61: 34-41
75. Martin S, Martin E, Santoch S, Rai S *et al.* Brain Blood Flow Changes in Depressed Patients Treated With Interpersonal Psychotherapy or Venlafaxine Hydrochloride: Preliminary Findings. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58: 641-648
76. Vythilingam M, Heim Ch, Newport J *et al.* Childhood Trauma Associated With Smaller Hippocampal Volume in Women With Major Depression. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 2072-2080
77. Joffe R, Segal Z, Singer W. Changing thyroid hormone levels following response to cognitive therapy for major depression. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 411-413
78. Thase M, Fasiczka A, Berman S *et al.* Electroencephalographic sleep profiles before and after cognitive behavior therapy of depression. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 138-144
79. Stern D, Sander L, Nahum J *et al.* Non-interpretative mechanisms in psychoanalytic therapy: the 'something more' than interpretation. The Process of Change Study Group. *Int J Psychoanal* 1998; 9: 902-921
80. Amini F, Lewis T, Lannon R *et al.* Affect, attachment, memory: contributions toward psychobiologic integration. *Psychiatry* 1996; 59: 213-239
81. Gabbard G. A neurobiologically informed perspective on psychotherapy. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 117-122
82. Fonagy P. Memory and therapeutic action. *Int J Psychoanal* 1999; 80: 215-223
83. Fuch T. Neurobiology and psychotherapy: an emerging dialogue. *Current Opinion Psychiatry* 2004; 17: 479-485
84. Breiter H, Etcoff N, Whalen P *et al.* Response and habituation of the human amygdala during visual processing of facial expression. *Neuron* 1996; 17: 875-887
85. Whalen P, Rauch S, Etcoff N *et al.* Masked presentations of emotional facial expressions modulate amygdala activity without explicit knowledge. *J Neurosci* 1996; 18: 411-418
86. Caspar F. Psychotherapy research and neurobiology: challenge, chance, or enrichment? *Psychother Res* 2003; 13: 1-23
87. Selemon L, Kleinman J, Herman M *et al.* Smaller frontal grey matter volume in postmortem schizophrenic brains. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1983-1991
88. Beutel M, Stern E, Silbersweig D. The emerging dialogue between psychoanalysis and neuroscience: neuroimaging perspectives. *J Am Psychoanal Assoc* 2003; 51: 773-801
89. Konner M. The ties that bind. *Nature* 2004; 17: 705
90. Baer L. Behavior therapy: endogenous serotonin therapy? *J Clin Psychiatry* 1996; 57: 33-35
91. Gabbard G. A neurobiologically informed perspective on psychotherapy. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 117-122

## REVISIÓN

# APEGO, RESILIENCIA Y VULNERABILIDAD A ENFERMAR: INTERACCIONES GENOTIPO-AMBIENTE

(Rev GPU 2007; 3; 3: 321-326)

María Eugenia Moneta<sup>1</sup>

**El presente trabajo propone que los patrones de apego o estilo de apego se pueden tomar como una característica del ambiente que podría influir la vulnerabilidad a enfermar y la aparición de ciertos genes durante el desarrollo. Los patrones de apego darían origen a determinados fenotipos con diferencias comportamentales y de personalidad. La resiliencia sería el resultado de un determinado fenotipo adaptativo frente a las condiciones de adversidad ambiental, reflejando características del organismo en sí y de los factores experienciales que operan antes, durante y después del evento traumático o situación de riesgo. La vulnerabilidad se producirá como resultado de la expresión de ciertos genes o de un genotipo en particular, producto de la interacción o acción conjunta genes-ambiente. Se resume la evidencia desde un punto de vista de la genética del comportamiento. Se propone una aproximación multidisciplinaria para la comprensión de los fenómenos del comportamiento normal y anormal. Con respecto a la investigación en salud infantil, el conocimiento de riesgos genéticos específicos puede ayudar a comprender los procesos derivados de los riesgos ambientales.**

Los factores protectores del apego en los primeros tres años de vida han sido sujetos a discusión con relación a la genética del comportamiento. ¿Hasta qué punto el apego seguro protege de la expresión de ciertos genes que inducen a vulnerabilidad durante el desarrollo? La neurobiología interpersonal (Siegel 1999) presenta un punto de vista en el que integra la manera en que el desarrollo humano ocurre dentro de un marco social, en transacción con las funciones cerebrales en desarrollo que dan origen a la mente. Esta integración puede conceptualizarse como el proceso básico por el cual el apego seguro en los primeros años de vida facilita

y promueve un desarrollo emocional bueno y resiliente. La noción de resiliencia se refiere al proceso de poseer una buena tolerancia a situaciones de alto riesgo, demostrando un ajuste positivo en vista de la adversidad o el trauma, y manejando las variables asociadas al riesgo ante situaciones difíciles. Este concepto también es válido pensando en la salud de las personas. Lo que nos hace más vulnerables es no tener un adecuado reservorio de defensas inmunológicas y psicológicas que nos permitan enfrentarnos a situaciones que son adversas a nuestro organismo. Dentro de este marco podemos decir que las personas que toleran bien situaciones

<sup>1</sup> Ph.D. Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Laboratorio de Genética Humana.

adversas y demuestran un ajuste positivo frente a la adversidad o el trauma, están más protegidas frente al daño en la salud y el bienestar que pueden ocasionar la pobreza o las condiciones negativas de vida. La tabla siguiente muestra cuatro posibles combinaciones de riesgo y los resultados consiguientes:

### IDENTIFICACIÓN DE LA RESILIENCIA

RESULTADO	ADVERSIDAD	
	Baja	Alta
Positivo	A. Favorable experiencias de vida	B. Resiliencia: Inesperados resultados
Negativo	C. Resultados negativos inesperados	D. Riesgo y vulnerabilidad

Un ambiente positivo en la infancia puede actuar como un factor protector o resiliente de dos maneras:

1. Las personas que tuvieron relaciones de afecto y seguridad con sus progenitores en la niñez (Apego seguro) se ha demostrado que tienen mejor salud mental en la vida adulta.
2. Un ambiente seguro y positivo libre de violencia durante la infancia promueve la formación de una personalidad resiliente. Esto se demostró a través de un estudio longitudinal (*Whitehall II study*) de 10.000 adultos del servicio público en la ciudad de Londres. Los participantes en el estudio fueron interrogados acerca de sus experiencias de apego en la infancia, sus logros profesionales y su estado de salud mental en la adultez.
3. La forma en que un adulto es resiliente en la vida adulta depende en buena parte de las condiciones de crianza en los primeros años y de las relaciones de apego que tuvo. El estilo de apego de un adulto es la forma en que esa persona experimenta las relaciones de proximidad con sus progenitores y con sus propios hijos, indicando estilos de relacionarse con otros. El instrumento para su medición se basa en memorias autobiográficas de los estilos de relación con los progenitores. Un factor determinante sería la calidad del vínculo o apego. Por ejemplo, algunas personas se sienten muy seguras frente a otras, en cambio otras personas están llenas de desconfianza y temor. Esto puede ser medido a través del *Adult Attachment Interview (AAI)*.

### INFLUENCIAS PSICOSOCIALES QUE INDUCEN A VULNERABILIDAD

Los estudios que proveen un resultado real y riguroso que llevan a identificar el riesgo mediado por el ambiente son pocos como para establecer conclusiones definitivas acerca de la naturaleza de las experiencias que conllevan a los mayores riesgos de psicopatología durante el desarrollo. De los estudios de Rutter (2000) se resume la existencia de tres categorías de riesgo que serían significativas en los resultados:

- Primero:** La existencia de riesgos sustanciales asociados con la falta permanente de relaciones armoniosas con las personas significativas en la infancia. Mayores riesgos se presentan cuando hay falta de las figuras vinculares y existe una permanencia en una institución, o cuando las relaciones interpersonales del niño son profundamente dañinas o negativas (como en el caso de maltrato, rechazo, abandono). También las relaciones que generan incertidumbre o inseguridad (apego desorganizado o inseguro severo) tienen un mal pronóstico
- Segundo:** Rutter afirma que los grupos sociales están influenciados por las costumbres actitudes, estilos de comportamiento que los caracterizan (Ej.: maltrato o violencia intergeneracional y conyugal). Esto se aplica a familias, colegios y comunidades
- Tercero:** Riesgos psicopatológicos pueden derivarse de efectos físicos intrauterinos, como el consumo de alcohol, drogas o efectos farmacológicos postnatales (Cannabis).

Según Rutter, influencias genéticas estarían jugando un rol mayor que lo esperado en moderar los efectos ambientales (Rutter 2003b). Por ejemplo Kendler *et al.* (1998) infirieron el grado de riesgo genético para desórdenes de depresión mayor, tomando como referencia si el hermano mellizo había tenido un episodio depresivo y si este sujeto era monozigoto o dizigoto. Se demostró que la probabilidad que los individuos desarrollaran un nuevo episodio de depresión mayor después de un stress vital grande fue significativamente mayor en aquellos individuos que tenían el mayor efecto del maltrato físico sobre el comportamiento antisocial en niños. Eaves *et al.* (2003) usaron una aproximación de modelaje con datos de mellizos encontrando que una porción importante de los efectos genéticos sobre la depresión post puberal en niñas era mediada a través de interacciones genes-ambiente. La implicación de es-

tos resultados apunta hacia una importante parte de la influencia genética que opera a través de efectos sobre la vulnerabilidad de las personas sometidas a ambientes de riesgo. Igualmente, la misma evidencia mostró que los efectos de aquellos ambientes de riesgo son menores en ausencia de esta susceptibilidad genética.

Se asume que los genes crean la vulnerabilidad a enfermar, pero desde una perspectiva evolutiva ellos son también capaces de proteger contra las adversidades del medio.

## INFLUENCIAS GENÉTICAS Y AMBIENTALES DURANTE EL DESARROLLO

Los investigadores en apego no se han preocupado aún del rol de la genética en la determinación de los distintos patrones de apego. Algunos análisis sugieren, sin embargo, que las clasificaciones de apego estarían determinadas por las experiencias con el ambiente más que con factores genéticos. Cada progenitor aportaría su propio bagaje de apego al niño que tendría dos patrones diferentes de apego, que son cada uno específico para cada padre y correlacionado con una característica específica de éste. De allí se desprendería que ciertos rasgos de personalidad similares entre padres e hijos no tendrían un origen genético propiamente tal sino que la genética habría operado en la selección de rasgos por ambos cónyuges. La influencia del medio ambiente es crucial en el desarrollo mental emocional del sujeto, como lo demuestran los estudios en animales. Éstos documentan que en el estrés producido por maltrato (privación de la madre) en etapas tempranas los sistemas de neurotransmisores NE, 5-HT y Dopamina operan de manera duradera de modo que influyen en la aparición de conductas agresivas en la edad adulta (Caspi, 2003). Bajos niveles de metabolitos de serotonina en el fluido cerebro espinal en monos rhesus, fueron asociados a depresión, impulsividad y agresión. Los monos rhesus que desarrollaron apego inseguro con sus madres debido a separaciones experimentales, y que fueron criados por el grupo, tuvieron los menores valores de serotonina en el fluido cerebro espinal. Se codificaron los genotipos de los monos rhesus del laboratorio del NIH encontrándose un polimorfismo para el gen de serotonina (un alelo corto y uno largo en el transportador del gen de serotonina). Los monos criados por sus madres mostraron mejor tasa metabólica de serotonina que los monos criados por los pares del grupo, lo que indicó que el gen con alelo corto, per se, no era responsable de la baja en serotonina sino que se requiere la coacción del ambiente, en este caso la crianza, para expresarse. Cuando el alelo largo era dominan-

te no existía vulnerabilidad. Este estudio demostró que en primates el ambiente social o los reguladores sociales pueden permitir que un gen se exprese o no (Suomi, 1999, Champoux, M *et al.* 2002).

El problema es entonces cómo diferenciar las consecuencias que derivan del riesgo genético de las consecuencias que derivan de las experiencias adversas con el medio (maltrato, descuido, desnutrición) en la población infantil. Los genes pueden influir en todos los niveles de la biología en el contexto del comportamiento. Tenemos el caso de algunos genes que activan en su expresión a través de las experiencias, como el gen 5-HTT, durante el crecimiento. Este gen parece ser más sensible que otros a las situaciones ambientales derivadas del estrés. Este caso muestra una correlación activa genes-ambiente reflejando el rol del comportamiento del sujeto (influenciado por su propia experiencia genética) en seleccionar ambientes y personas (cuidadores), desencadenando comportamientos específicos en las personas con las cuales interactúa. El gen 5-HT está implicado en la regulación de los estados emocionales. En humanos y roedores los circuitos córtico-límbicos que median los comportamientos emocionales y están implicados en la patofisiología de los desórdenes emocionales están densamente inervados por las neuronas 5-HT que exhiben una gran expresión de receptores 5-HT. Recientes avances en la genética molecular y en la resonancia magnética funcional han dado luces en la exploración de estos mecanismos (Hariri *et al.*, 2002).

## VULNERABILIDAD Y GENÉTICA MOLECULAR

La genética molecular provee una estrategia más fuerte para medir las influencias entre ambientes específicos y genes específicos. Caspi *et al.* (2002, 2003) demostró la importancia de la interacción genes-ambiente en dos trabajos. En el primero se demostró que la variación de los alelos de un gen de MAOA tenía un efecto moderador sobre el impacto del maltrato en el comportamiento antisocial de niños. No hubo un efecto del gen cuando éste fue examinado sin referencia a la ocurrencia de maltrato.

Deficiencia en el gen MAOA puede predisponer a un organismo hacia hiper-reactividad frente a las situaciones amenazantes. No había impacto de este gen cuando era examinado en ausencia de maltrato, pero mucho del fuerte efecto de esta combinación alélica se debía a la combinación con maltrato. Esto implicaba que el riesgo genético operaba a través de su efecto sobre la susceptibilidad en ambientes desfavorables. El genotipo MAOA puede moderar la influencia del maltrato sobre los sistemas neurales que determinan el

comportamiento antisocial, convirtiendo a estos organismos en más resilientes. 85% de la cohorte de hombres con genotipo de baja actividad de MAOA y severo maltrato en la infancia desarrollaron alguna forma de comportamiento antisocial.

El segundo trabajo mostró una correlación entre la presencia de un gen transportador de la serotonina y la ocurrencia de un desorden depresivo. En este caso, también la presencia del gen fue específica a un comportamiento o resultado en particular, no fue un efecto sobre la enfermedad mental ni tampoco de una susceptibilidad a un ambiente adverso. El gen MAOA moderó el efecto del maltrato sobre el comportamiento antisocial pero no tuvo efecto en el maltrato o la depresión per se. Las implicaciones de este trabajo apuntan hacia que el gen opera, en gran medida, en algún nivel de la vía patológica que lleva al desorden en situaciones de riesgo.

Los niños derivan tanto el genotipo como el ambiente familiar de sus progenitores. Si un progenitor con un particular genotipo es capaz de generar un ambiente familiar particular, esto creará una correlación pasiva genes-ambiente. Por ejemplo madres con personalidad antisocial, que se correlaciona con parentalidad baja o con baja protección, inducían a sus hijos a mayores riesgos o adversidad (Foley *et al.* 2006). Baja actividad de la monoaminoxidasa A aumentó el riesgo de desórdenes conductuales solamente en la presencia de ambientes adversos en la niñez, corroborando los estudios de Caspi e indicando una interacción genotipo ambiente que predice la variación individual en el riesgo al comportamiento antisocial. En otras palabras, ambientes de alto riesgo potencian los efectos de un genotipo ya riesgoso y viceversa.

En el laboratorio de genética humana de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile se han caracterizado dos alelos cuya coexistencia lleva al desarrollo de déficit atencional en la población infantil. Polimorfismos en el gen del receptor de Dopamina D4 y el transportador DAT-1 han mostrado tener una asociación. Ambos loci individualmente clasificados como homocigotos o heterocigotos para ambos alelos, DRD4 y DAT1, no produjeron diferencias entre los niños afectados con déficit atencional y sus hermanos. Sin embargo la presencia simultánea de ambos alelos fue significativamente mayor (34,6%) en los niños afectados. Esto indica una interacción gen-gen que estaría afectando la frecuencia genotípica (definida por la agrupación de alelos en ambos loci) de este síndrome en la población chilena (Carrasco *et al.*, 2006) (Moneta *et al.*, 2007).

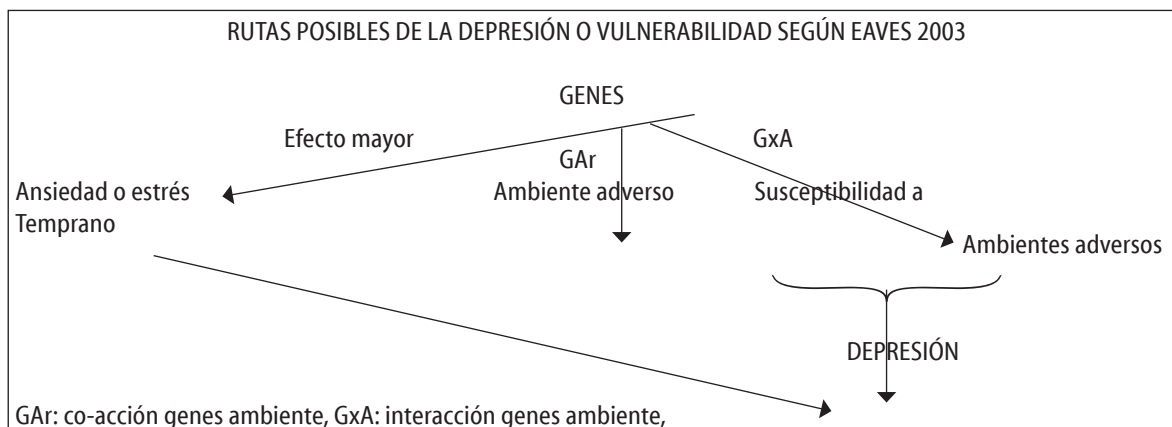
## VULNERABILIDAD A ENFERMAR Y RESILIENCIA

¿Qué induce el estrés y la adversidad a un organismo? Eventos negativos muy agudos tienen un importante efecto de riesgo o vulnerabilidad a enfermar.

Los estudios de Kendler *et al.* 1999 demuestran que la adversidad mantenida por largo tiempo induce a enfermedad mental o desórdenes psiquiátricos en niños. Estos resultados se interpretan desde el punto de vista de la neurobiología del desarrollo como una activación excesiva del eje hipotálamo-hipófisis induciendo una falta de regulación central de los neurotransmisores (catecolaminas y cortisol) del SNC que afecta el desarrollo del cerebro a niveles celulares. Abundantes experimentos en modelos animales de separación precoz de la madre confirman estos resultados: rhesus separados de la madre en etapas tempranas del desarrollo (Suomi). Estos resultados también se muestran en las experiencias de separación en ratas. Anormalidades en el comportamiento y reducción de la expresión genética en hipocampo fueron detectados en ratas cuyas madres habían sido sometidas a estrés durante la preñez. (Información oral del autor)

En humanos, estudios en mujeres que habían perdido uno o dos padres en la infancia tuvieron mayor riesgo de depresión frente a eventos estresantes agudos y mantenidos (Levinson, 2006). Los desórdenes depresivos mayores estarían relacionados con la existencia de un polimorfismo funcional relevante a la neurotransmisión monoaminérgica. Los meta-análisis sugieren una pequeña asociación entre el polimorfismo en el transportador de la serotonina, región promotora (5-HTTL-PR). Este polimorfismo podría influenciar rasgos relacionados con la vulnerabilidad al estrés. Desde la neurobiología la hipótesis sugiere una influencia de los genes tanto en la toxicidad como en la neuroprotección (factores neurotróficos, BDNF) de las neuronas y a la activación del eje hipotálamo-hipófisis (Levinson, 2006). Descubrimientos recientes en el transportador de serotonina han demostrado el impacto de la variación genética en la función serotoninérgica sobre el desarrollo y funcionamiento de los sistemas neurales que regulan la emoción y que están implicados en los desórdenes del ánimo (Hariri y Holmes, 2006). Según estos autores, existiría una variación genética del transportador de serotonina en pacientes con una amígdala muy reactiva frente a estímulos emocionales.

Sin embargo, la respuesta de niños sometidos a diferentes situaciones de adversidad es bastante variada frente a todo tipo de factores ambientales, desde catástrofes hasta castigos o maltratos. Como lo ha indicado Rutter, la resiliencia refleja características del organis-



mos en sí, y factores experienciales que operan antes, durante y después del evento traumático o situación de riesgo.

Pero ¿qué pasa con el temperamento y qué rol jugaría en el apego? Éste, si bien tiene un componente genético importante, no hay indicaciones que puedan predecir ni la vulnerabilidad ni el patrón de apego que tendrá el sujeto. Los factores individuales que han demostrado tener una gran influencia genética tales como la inteligencia, la memoria, y ciertos perfiles de personalidad, no se correlacionan con los resultados obtenidos a través del AAI (*Adult Attachment Interview*) que mide retrospectivamente las experiencias de apego en la infancia. Estos factores que marcan las diferencias individuales entre sujetos son aún objeto de preguntas. Los argumentos de cómo un gen se expresa o no durante el desarrollo del individuo para inducir una determinada deficiencia o alteración conductual son aún sujetos a debates por parte de neurocientíficos, genetistas y expertos en el desarrollo. Lo que no está en discusión es la influencia de los factores ambientales en la expresión de ciertos genes a través de efectos de metilación como parte de la epigenética (ver recuadro).

## CONCLUSIONES

Aunque el apego está lejos de ser una característica genética, existen factores transgeneracionales que indican la transmisión de estilos de crianza de una generación a otra. Este trabajo resume las evidencias recientes de la genética del comportamiento con relación al desarrollo infantil y la aparición de conductas no adaptativas como consecuencia de la interacción y coacción genes-ambiente. Una comprensión de los fenómenos del desarrollo requiere de un concepto

relacional coactivo en oposición a causas independientes actuando separadamente. Un ambiente favorable puede actuar como un factor de protección en la infancia frente a situaciones de riesgo; por lo tanto la resiliencia o la falta de ésta es parte de un fenotipo determinado por la coacción y la interacción de factores genéticos y ambientales. Una línea importante de hallazgos ha sido el descubrimiento de la variación genética en una molécula reguladora dentro del sistema 5-HT y el transportador 5-HTT y su influencia en las características emocionales de los sujetos. También se conoce el rol del polimorfismo D4 del receptor de Dopamina, que estaría implicado en el desarrollo de conductas impulsivas e hiperactividad. Los argumentos de cómo un gen se expresa o no durante el desarrollo del individuo para inducir una determinada deficiencia o alteración conductual, están aún sujetos a debate por parte de neurocientíficos, genetistas y expertos en el desarrollo. Basado en los descubrimientos aquí mencionados, es razonable concluir que el comportamiento emocional no está pre-determinado por los genes, pero que la expresión genética de la emocionalidad puede ser moldeada y alterada por las experiencias vividas. El descubrimiento de los mecanismos biológicos que contribuyen a las diferencias individuales en comportamientos normales y anormales permanece aún como un desafío que involucra diversas disciplinas. La necesidad de reconocer la diversidad de mecanismos que median estos procesos a través de la investigación empírica es evidente.

## GLOSARIO

**Polimorfismo:** Una variante genética que se presenta en una población en una proporción mayor que 1%.

## REFERENCIAS

1. Carrasco X, Rothhammer P, Moraga M, Henríquez H, Chakraborty H, Aboitiz F, Rothhammer F. (2006) Genotypic interactions between DRD4 and DAT1 Loci is a high risk factor for Attention-Deficit/ hyperactivity disorders in Chilean families. *American Journal of Medical Genetics Part B (Neuropsychiatric Genetics)* 141B: 51-54
2. Caspi A, Taylor A, Moffit TE, Plomin R. (2000) Neighborhood deprivation affects children's mental health: environmental risks identified in a genetic design. *Psychol Sci* 11: 338-342
3. Caspi A, McClay J, Moffit, TE *et al.* (2002) Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science* 297: 851-854
4. Champoux M *et al.* (2002) Serotonin transporter gene polymorphism differential early stress rearing and behavior in Rhesus monkeys neonates. *Mol Psychiatry* 7: 1058-1063
5. Eaves I, Silberg J, Erkanli A. (2003) Resolving multiple epigenetic pathways to adolescent depression. *J Child Psychol Psychiatry* 44: 1006-1014
6. Foley D, Eaves IJ, Woemley B *et al.* (2004). Childhood adversity, monoamino oxidase, A genotype and risk for conduct disorder. *Arch Gen Psychiatry* 61: 738-744
7. Kendler KS, Karkowski LM, Prescott CA. (1999) Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. *Am J Psychiatry* 156: 837-841
8. Hariri A, Holmes A. (2006) Genetics of emotional regulation: the role of serotonin transporter in neural function. *Trends in Cognitive Sciences* Vo 10(4): 182-191
9. Hariri A, Holmes A, *et al.* (2002) Serotonin transporter genetic variation and the response of human amygdala. *Science* 297(297): 400-402
10. Levinson DF. (2006) The genetics of depression. *Biol Psychiatry* 60(2): 84-92
11. Moneta ME, Henríquez H, Camponovo D, Aboitiz F, Rothhammer F. (2007) Attention Hyperactivity Disorder: Genetic and possible attachment style contributions. *WFSBP* 8(Suppl 1): 167
12. Nachum-Viala Y. (2007) Abnormalities in behavior and reduction of expresión of specific hippocampal genes by pre-natal stress in female offsprings is reversed by neonatal handling. *WFSBP* 8(Suppl 1): 166
13. Rutter M. (2005) Environmentally mediated risks for psychopathology: Research strategies and Findings. Special article. *J Am Acad Adolesc Psychiatry* 44: 1-16
14. Siegel D. (1999) *The developing mind*. Oxford University Press
15. Suomi S. (1999) In: Attachment in Rhesus monkeys. In: *Handbook of Attachment*. Cassidy and Shaver Eds. The Guilford Press



## PRÁCTICA

# PRÁCTICA PSICOTERAPÉUTICA: EL DESAFÍO DE LA CO-TERAPIA

(Rev GPU 2007; 3; 3: 327-330)

Adriana Pedrals<sup>1</sup>, Matías Fernández, Germán Morales<sup>2</sup>, Gino Ravera<sup>3</sup>, Constanza Recart<sup>4</sup>, Lilian Tuane<sup>5</sup>

En el campo de la salud mental lo habitual es el trabajo multidisciplinario. La co-terapia ha sido una práctica clínica frecuentemente utilizada con múltiples objetivos destinados a asistir el sufrimiento humano. Un organismo se presenta al clínico como un entidad biopsicosocial y genera la posibilidad de intervenciones terapéuticas desde una multiplicidad de dimensiones. Varios profesionales se coordinan para un trabajo multidisciplinario. Algunos de los aspectos de esta organización terapéutica se refieren al que se realiza entre dos especialistas: un fármaco-terapeuta y un psico-terapeuta. Reconociendo que la co-terapia es un concepto amplio, en este artículo focalizaremos el trabajo común que realizan sólo estos dos profesionales, los que frecuentemente están representados por un psiquiatra-no terapeuta y un psicólogo-terapeuta.

La co-terapia nos plantea incógnitas tales como: ¿Son necesarios dos terapeutas para un mismo problema? ¿Cuál es el verdadero terapeuta? ¿Si un terapeuta está en lo correcto el otro está equivocado? ¿Cómo se relaciona una modalidad con otra? (1).

## ¿QUE ES LA CO-TERAPIA?

La co-terapia podemos definirla como el arte de complementar la acción terapéutica desde diversos campos de tratamiento con un objetivo común, y con el particular desafío de apuntar todos en la misma dirección. Se trata de integrar los esfuerzos en la dirección ya

descrita entre psicoterapeutas y farmacoterapeutas en el tratamiento de nuestros consultantes.

Podríamos describir dos formas de inicio a la co-terapia. En un primer caso el psicoterapeuta le ofrece al paciente ante conductas, tendencias o compulsiones que no puede controlar y le acarrear problemas, la posibilidad de consultar a un farmacoterapeuta; en

<sup>1</sup> Médico Psiquiatra Adulto Universidad de Chile.

<sup>2</sup> Psicólogo Clínico Universidad Católica.

<sup>3</sup> Médico Psiquiatra Adulto Universidad de Chile.

<sup>4</sup> Médico Psiquiatra Infanto-Juvenil Universidad de Chile.

<sup>5</sup> Psicóloga Clínica Universidad de Chile.

el segundo caso el paciente viene asumiendo un tratamiento médico en el control de su sintomatología, y la indicación de psicoterapia se hace con el fin de resolver dinámicas psicológicas del cuadro, adaptarse a una enfermedad. Se requieren ciertas condiciones básicas para que un trabajo en coterapia sea beneficioso como parte del proceso terapéutico. Debe existir un equipo a cargo de un caso, individual o familiar, que tenga una definición de roles clara pero flexible, con el objetivo de ejercitar roles complementarios y/o sinérgicos en relación a los objetivos que se persiguen.

De acuerdo a Kaplan-Sadock (2), co-terapia es un sistema en donde a la terapia farmacológica se agrega la terapia individual, ambas están integradas y son sinérgicas. Según estos autores, en muchos casos los resultados son superiores a los de cualquier terapia por sí sola.

Existen autores que plantean que el trabajo terapéutico no incluye psicofármacos ya que éstos no aportarían y serían incompatibles al trabajo psicoterapéutico (3).

Por otro lado Juan Pablo Jiménez plantea que los psicoanalistas deben acercarse a la psiquiatría (4); esto al observar que a un grupo de psiquiatras se les hacía más difícil aceptar que algunas terapias analíticas se hagan sin co-terapia medicamentosa. Sus argumentos eran que la psicofarmacología ha hecho importantes avances en el tratamiento de patologías psiquiátricas.

Hay consenso entre los clínicos que los casos de mayor complejidad requieren un tratamiento multimodal; para estos clínicos el tratamiento multimodal consiste en intervenciones farmacológicas, psicoterapéuticas individuales y familiares. La intervención de distintos profesionales permitiría disminuir la sobrecarga de los terapeutas e incluso también disminuir el tiempo de tratamiento. Implementar un tratamiento multimodal es posible de hacer en el ámbito de la salud pública y privada, donde la diferencia sería el mayor costo que significa en la clínica privada (5).

Extrapolando lo que plantean Simon, Stierlin y Wynne (6) desde el campo de la terapia familiar, existirían tres razones para que el trabajo en equipo o co-terapia sea especialmente eficaz:

1. En el transcurso de la terapia es difícil para una sola persona percibir y procesar toda la información que se presenta.
2. La supervisión y observación de la interacción entre el terapeuta y la familia se favorece cuando otro puede usar ese lugar.
3. Los co-terapeutas pueden asumir con mayor facilidad y flexibilidad roles complementarios que facilitan el cambio.

Los mismos autores señalan que desde la orientación psicoanalítica la co-terapia es un medio que permite estimular y controlar los procesos de transferencia.

## VENTAJAS Y DESVENTAJAS

Si bien podemos pensar en las condiciones para que una co-terapia sea más eficaz, ésta por lo general no deja de estar exenta de tensiones que dificultan el proceso terapéutico.

Berger (7) menciona que los aspectos emocionales que surgen en la relación entre ambos terapeutas dependerán de su función y de la manera en que cada uno percibe al otro. Ella destaca los sentimientos de envidia y generosidad entre los terapeutas, los relaciona con la diferencia o diversidad entre ellos. Una relación co-terapéutica es generosa, se caracterizaría por poder reconocer las limitaciones y necesidades de cada uno sin sentirse ansiosos o amenazados; poder depender del otro sin sentirse despojado de sus propios recursos; considerar que las dificultades y conflictos que surgen entre los terapeutas son una parte esencial del proceso de crecimiento y una posibilidad para profundizar las habilidades de contención.

Bradley (8) describe el impacto positivo y negativo que tiene la psicoterapia en la farmacoterapia y vice versa; como por ejemplo, la farmacoterapia por medio de la disminución de los síntomas del sistema nervioso central permite que el paciente esté más asequible a las intervenciones psicoterapéuticas; como que la psicoterapia puede tener un impacto beneficioso en la adherencia al tratamiento con fármacos.

Autores como Ellison y Harney (9) plantean algunos factores que pueden entorpecer el trabajo en co-terapia en pacientes con diagnóstico de depresión resistente. Desde aquí podemos concluir que uno de estos factores es la falta de comunicación y de respeto entre los dos terapeutas, lo que puede amenazar el vínculo terapéutico. Por el contrario, plantean que la co-terapia puede ser un aporte al manejo del paciente debido a la contribución que ambos terapeutas hacen en las dudas diagnósticas y en el manejo de los efectos adversos de los psicofármacos.

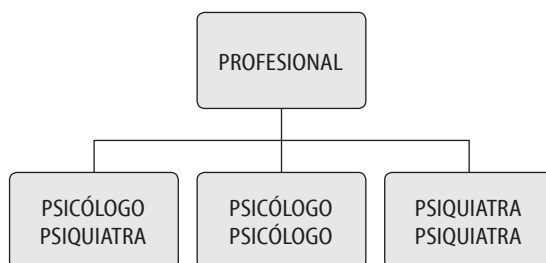
Trabajar en coterapia nos permite poder compartir la responsabilidad de un caso y disminuir el estrés asociado que puede significar ser responsable único del tratamiento de un paciente de mayor complejidad. El trabajo conjunto hace posible que los terapeutas puedan rescatarse de actuaciones antiterapéuticas o aportar otra mirada al caso en el cual están trabajando. El trabajo co-terapéutico de un farmacoterapeuta y un psicoterapeuta es más que la suma del trabajo

de cada uno por separado. Permite una visión integradora y muchas veces innovadora del paciente(10). El complemento de psicoterapia y farmacoterapia ha demostrado una mayor adherencia a tratamiento y una mejor conciencia de enfermedad. Finalmente se puede plantear que la inclusión del tercero, ya no en la fantasía del paciente sino en la situación real actual, facilita un mayor interjuego entre las proyecciones e introyecciones y su posterior comprensión por parte del paciente.

Contrario a lo que se podría pensar, Goldman (11) comparó los costos de una terapia integrada, donde un psiquiatra se hacía cargo del tratamiento farmacológico y psicoterapéutico, y un trabajo en co-terapia donde dos profesionales trabajaban en conjunto con un mismo paciente, llegando a concluir que el tratamiento en co-terapia no era más oneroso que el tratamiento efectuado por un mismo profesional.

Son varios los autores que destacan la importancia de entrenar a los residentes de psiquiatría en el trabajo en co-terapia (1, 10). Ellison describe una serie de situaciones clínicas donde el manejo de co-terapia beneficia el tratamiento del paciente; se podría elaborar mejor la conciencia de enfermedad, la adherencia al tratamiento farmacológico sin contar el alivio de los terapeutas al compartir la responsabilidad del manejo de pacientes complejos (12). El entrenamiento permitiría que los profesionales trabajen en forma fluida y respetuosa sin descalificar al otro (13).

No existe una clasificación formal de tipos de co-terapia que sea aceptada por la comunidad de salud mental. Pensamos que una clasificación posible y habitual en la práctica clínica es la co-terapia entre psicólogo y psiquiatra y co-terapia entre psiquiatra y psiquiatra. Otra clasificación posible es la que se basa en el tipo de psicoterapia aplicada; como por ejemplo farmacoterapia y psicoterapia de orientación analítica o farmacoterapia y psicoterapia de orientación sistémica, etc.



Es importante considerar los marcos teóricos de los profesionales y el valor que le dan a la psicoterapia, la farmacoterapia y al concepto de enfermedad. El año

1995 la revista *Academic Psychiatry* (14) publicó un artículo que describe un estudio con 5.702 profesionales, miembros de la American Psychiatry Association; se les consultó acerca de la importancia del tratamiento psicoterapéutico y farmacológico. Lo relevante de los resultados fue que los profesionales que tenían menos años de práctica valoraban en igual medida los aspectos biológicos y psicoterapéuticos a diferencia de los profesionales con más años de experiencia clínica que valoraban más las intervenciones y métodos psicológicos.

## INTEGRAR, SUMA

A partir de la definición propuesta y de nuestras propias reflexiones se desprende que trabajar en co-terapia es una experiencia creativa que emerge principalmente en base a los requerimientos determinados por cada paciente y sus necesidades específicas. Pretender determinar un *modus operandi* carece de sentido; cada co-terapia es única, y determinada por un escenario triádico y sus dificultades tanto a un nivel práctico como simbólico.

Tenemos claro que el trabajo en co-terapia debe permitir la integración de las tres áreas que abarca la co-terapia, donde los tres campos son vistos como necesarios, eficaces y no excluyentes. El primero es el campo de la psicoterapia, en donde la relación con un psicoterapeuta permitiría lograr una mayor integración y expresión placentera de sí mismo en el mundo de los otros, sin perder la necesaria integración y aceptación social. O vice versa, integrarse y adaptarse al mundo compartido sin perder el placer de sentirse vivo y protagonista de la propia existencia. El segundo campo es el de la farmacoterapia, donde la evaluación, diagnóstico y administración de fármacos permite el manejo de enfermedades propiamente tales o el manejo de síntomas que interfieren con el normal curso de la vida del consultante y con el progreso en la psicoterapia. Por último, está la estructuración del mundo externo: a través del análisis e intervención en distintos grados del contexto vital del paciente se pueden propiciar condiciones que favorezcan los objetivos terapéuticos.

Reconocemos que el trabajo en co-terapia no está exento de tensiones, conflictos, interrogantes y en momentos confusionales. Nuestra reflexión apunta a que las tensiones habituales en co-terapia son la idealización/denigración de los terapeutas por parte del paciente; la dispersión/sinergia rígida donde el paciente puede tender a dispersar la acción de los terapeutas generándose confusión en los roles, poniendo a prueba la comunicación entre los terapeutas. Por último, el valor-saber/jerarquía se refiere a que el paciente puede

tender a desequilibrar la acción de los terapeutas, adscribiendo experticia y conocimientos, poniendo a los terapeutas en una suerte de jerarquía en su fantasía. La comunicación se constituye así en una de las piedras angulares de esta modalidad.

Desde la práctica el trabajo en co-terapia implica el dialogar y eventualmente consensuar objetivos comunes, metodología para éstos, y acuerdo sobre roles y énfasis de los mismos. Para que este trabajo sea posible no es necesario un marco teórico idéntico sino que exista una sintonía teórica global. Cada profesional debe respetar el estilo de trabajo del otro, complementándose. Cada profesional trae un enfoque propio frente a lo que significan ciertas prácticas en relación al uso de la autoridad, la información, la percepción de la crisis, etc. También es importante saber pedir y dar apoyo al otro terapeuta, para lo cual debe existir una información fluida. Si bien es cierto ambos profesionales, psicólogos y psiquiatras, tenemos una formación, idiosincrasia, y experiencia diferentes, la praxis nos demuestra una y otra vez la complementariedad y enriquecimiento mutuo en nuestro quehacer

Intentando contestar las interrogantes que nos planteamos en el comienzo, podemos decir que no son necesarios dos terapeutas en todas las situaciones clínicas, pero en algunos casos es de gran ayuda y en otros imprescindibles. Al trabajar dos profesionales, ambos son los terapeutas, cada uno importante en el ámbito que le corresponde. El respeto es un elemento vital en el trabajo en equipo, si éste existe no puede haber un terapeuta que esté en lo correcto y el otro equivocado, son diferencias de mirada, incluso de paradigma cuya resolución depende de los profesionales sin involucrar al paciente. La co terapia por definición es un trabajo complementario, coordinado donde las distintas modalidades se conjugan para el beneficio del paciente.

Las interrogantes que pueden plantearse después de esta discusión son: ¿Qué valor le dan los profesionales a trabajar en co-terapia? ¿Cuán frecuente practican co-terapia? ¿Con qué frecuencia se comunican? ¿Sien-

ten que el trabajo se complejiza o se alivia al trabajar junto a otro coterapeuta? ¿Son capaces de elaborar las dificultades entre ellos o involucran al paciente?

Podemos concluir que, siguiendo el ejemplo de otros países, nosotros debiéramos implementar programas de entrenamiento en el trabajo co-terapéutico, lo que es enriquecedor tanto para el paciente como para los mismos terapeutas.

## REFERENCIAS

1. Khan D. The dichotomy of drug and psychotherapy. *Psychiatric Clinics of North America* 1990; 13(2)
2. Kaplan Sadock. *Sinopsis de Psiquiatría*. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 1996
3. Ruiz A. *La Narrativa en la Terapia Cognitiva Post-Racionalista*. Instituto de Terapia Cognitiva INTECO. Santiago, Chile. 1999. Publicación en línea Copyright 1996-2002
4. Jiménez JP. El método clínico, los psicoanalistas y la institución. *Revista de Psicoanálisis*; Abril 2000—Nº 4
5. Riquelme R, Varela T. *Trastornos de Personalidad*. Sociedad Chilena de Salud Mental, Santiago, 2003
6. Simon, Stierlin, Wynne. *Vocabulario de terapia familiar*. Gedisa, Buenos Aires, 1984
7. Berger M. "Envy and Generosity between Cotherapists" Group; Vol 26, Nº 1, 2002, Págs 107-121.
8. Bradley S, Eric M. Combination of psychotherapy and psychopharmacotherapy with treatment-resistant inpatients with dual diagnoses. *Psychiatr Clin North Am* 1990; 13(2): 209-214
9. Ellison J, MD, MPH, Harney P, PhD. Treatment-Resistant Depression and the Collaborative Treatment Relationship. *J Psychotherapy Practice Res* 9:1, Winter 2000
10. Bradley S. Nonphysician psychotherapist-physician pharmacotherapist: a new model for concurrent treatment. *Psychiatry Clinics of North America* 1990; 13(2): 307-322
11. Goldman W, McCulloch J, Cuffel B, Zarin DA, Suárez A, Burns BJ. Outpatient utilization patterns of integrated and split psychotherapy and pharmacotherapy for depression. *Psychiatry Services* 1998; 49(4): 477-482
12. James M. Ellison. Teaching Collaborating Between Pharmacotherapist and Psychotherapist. *Academic Psychiatry* 2005; 29: 195-202
13. Dewan M, Yohai N. The combine Short-Term Psychotherapy-Psychopharmacology Fellowship. *Academic Psychiatry* 1999; 23: 103-104
14. Berman I, MD, Fried W, PhD, Berman SM, MD, Lengua JA, Alpert M, PhD. Biology vs. Psychology. *Academic Psychiatry* 1995; 19: 87-93

## INVESTIGACIÓN

# LOS PACIENTES SUICIDAS Y PARA-SUICIDAS PUEDEN SER ADECUADAMENTE DIAGNOSTICADOS Y TRATADOS EN UNA RED PÚBLICA DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL

(Rev GPU 2007; 3; 3: 331-339)

**Ramón Florenzano<sup>1,2,3,4</sup>, Juan Francisco Labra<sup>1,3</sup>, Roberto Fasani<sup>1,2</sup>,  
Katherine San Juan<sup>1,3</sup>, Josefina Reynal<sup>1,4</sup>, Yamil Quevedo<sup>1,3</sup>**

El riesgo suicida (sea ideación, sean intentos consumados) es motivo de consulta cada vez más frecuente en hospitales generales, así como la mortalidad por suicidio, que ha aumentado en Chile en la última década, especialmente entre hombres jóvenes. Este trabajo analiza la casuística de un servicio de psiquiatría de hospital general, donde del total de los ingresos, un 15,7% fue por riesgo suicida como motivo primario de la consulta. Se analizan las variables socio-demográficas (donde el sexo femenino, la cesantía, y el vivir sin pareja son elementos que aumentan el riesgo), y los diagnósticos DSM-IV (en el eje I, II y IV), encontrándose que los trastornos afectivos, adaptativos y de personalidad aumentan el riesgo, así como los conflictos de pareja, laborales, familiares y consigo mismo. En número importante, hay tendencia a la reincidencia. Por otra parte, la mayoría de los casos mejoran en sus puntajes en el OQ 45.2, tanto global como en síntomas, relaciones interpersonales como rol social. Por lo anterior, se concluye que las intervenciones de prevención terciaria, secundaria y primaria del riesgo suicida son factibles desde un punto de vista de salud pública dentro de nuestro sistema de salud.

<sup>1</sup> Servicio de Psiquiatría Hospital del Salvador.

<sup>2</sup> Facultad de Psicología Universidad del Desarrollo.

<sup>3</sup> Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

<sup>4</sup> Facultad de Medicina, Universidad Los Andes.

## INTRODUCCIÓN

Un tema de creciente relevancia en la práctica de la psiquiatría pública hospitalaria es el diagnóstico y tratamiento de los pacientes suicidas. La preocupación acerca del aumento de episodios de suicidalidad y su manejo se ha transformado en uno de salud pública a nivel global: la Organización Mundial de la Salud (1) lo ha priorizado, definición que se ha incorporado en Chile en los planes de la Unidad de Salud Mental del MINSAL. Una reciente revisión de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile (2) señala que ha habido en Chile un crecimiento sostenido en las tasas de suicidio, comparando por ejemplo las tasas en la Región Metropolitana en las décadas 1981-1990 (72,7) y 1991-2000 (86,6). En otro estudio realizado en la Universidad Católica, Romero informa que el mayor aumento en las tasas de mortalidad en adolescentes y jóvenes entre 1994 y 2004 se ha producido entre hombres jóvenes por suicidio (3). Los factores de mayor riesgo encontrados en nuestro país son semejantes a los internacionales: hombres (el 85.9% de los suicidios completados en Chile son masculinos), edad más avanzada, tipo de trastorno mental, co-existencia con trastorno severo de personalidad, o dualidad con abuso de sustancias, entre otros. Un tema relevante es la frecuencia de la ideación suicida, que se estima mucho mayor que las conductas suicidas propiamente tales.

Desde el punto de vista de la organización de servicios de Salud Mental, este tipo de pacientes plantea dilemas en sistemas de salud administrada, que controlan la autonomía de las decisiones clínicas y en la confidencialidad de los procesos terapéuticos. La importancia dada a la eficiencia presiona para acortar los tratamientos, sean hospitalarios o ambulatorios, para transformar las terapias individuales en grupales, para reemplazar la internación completa por hospitales día, y para utilizar más farmacoterapias que psicoterapias. Esta realidad se hace dramática cuando vemos el manejo en hospitales o servicios de urgencia de los pacientes con riesgo suicida. La salud administrada presiona para evaluar y dar de alta rápidamente a estos pacientes, con promedios de menos de 10 días de estadía en las hospitalizaciones en unidades de Hospital General. Maltzberger (4) ha señalado los riesgos de esta tendencia a dar de alta prematuramente, enfatizando que no sólo es importante el hacer un detallado estudio clínico y una evaluación diagnóstica completa, sino que es crucial organizar un programa de seguimiento con continuidad de cuidados en las unidades menos intensivas. Se hace pues necesario organizar Unidades de Crisis que acojan y acompañen a los pacientes en

riesgo durante la evolución de su situación interpersonal, en la cual las pérdidas sentimentales, familiares, financieras o laborales son muy frecuentes. La Unidad de Crisis del Servicio de Psiquiatría del Hospital del Salvador (SPHDS) ha desarrollado esta aproximación siguiendo el modelo de la Clínica Tavistock en Londres, con promisorios resultados (5). Así mismo, cumplen un rol en el manejo del paciente suicida las hospitalizaciones breves, con continuidad de atención y trabajo en equipo desde el Servicio de Urgencia y las unidades psiquiátricas de Enlace, para proporcionar un tránsito expedito desde las maniobras que dan soporte vital al paciente intoxicado, a la evaluación y tratamiento del cuadro psiquiátrico o de la alteración de personalidad, o el del motivo psicosocial desencadenante (6); el manejo farmacológico, la continuidad de cuidados y la interacción con las instituciones financiadoras completan una perspectiva amplia, necesaria para médicos en formación y clínicos experimentados.

Las últimas décadas han visto un creciente interés en el estudio sistemático de la medición del impacto de las intervenciones de salud mental. Ese interés ha sido promovido desde los niveles políticos, preocupados por los crecientes costos de los servicios y por la necesidad de ser responsables en el uso de los recursos públicos en el sector salud. Entre los profesionales, fuera del factor ético de ofrecer servicios que realmente produzcan cambios en los usuarios, está el interés por mantener un control dado por tradiciones de autonomía profesional importante: para no ser regulados desde fuera es preferible una auto-regulación científica en relación al tipo de terapias más efectivas y eficientes. Por lo tanto, la medición del impacto de los tratamientos es objeto de estudios internacionales, como lo ejemplifica en el Reino Unido el Centro Nacional Colaborador de Salud Mental, que ha propuesto un sistema completo de medición de resultados, denominado CORE (7). En nuestro medio, tanto MINSAL como distintos grupos universitarios han señalado la necesidad de mejorar la calidad de los servicios, dentro de un marco sistemático de evaluación. Un modo de organizar esos procesos, que hemos resumido en otra publicación, es la *matriz de la salud mental*, propuesto por Thornicroft y Tansella (8).

En trabajos previos hemos mostrado cómo en nuestro medio hospitalario más del 90% de los suicidios consumados presentan alguna patología psiquiátrica (9). También existen factores psicosociales que gatillan esta conducta destacando entre los jóvenes las separaciones, rechazos y conflictos interpersonales; en la adultez media son causas frecuentes las de índole económico y de salud (10). Los principales diagnósticos en las personas con conductas suicidas / parasuicidas

son esquizofrenia, abuso de alcohol y trastorno del ánimo, que frecuentemente se asocian con un trastorno de personalidad subyacente. Existe una alta correlación entre los trastornos afectivos y el agravamiento de la sintomatología propia de los trastornos de personalidad (11).

En la Unidad de Internación del Servicio de Psiquiatría del SPHDS, se atienden pacientes de corta estadía en episodios agudos o crisis por diversas patologías psiquiátricas. Las hospitalizaciones son breves y se centran en una compensación de las crisis y una derivación posterior a un tratamiento ya sea ambulatorio o prolongado (12). Un tercio de nuestros pacientes es hospitalizado por suicidalidad. Distinguimos dentro del riesgo suicida entre la ideación suicida (pacientes con intención verbal de suicidarse o comunicada explícitamente de otra manera) y el intento suicida (cuando el paciente realiza un intento autolítico, tenga éxito o no).

Este estudio analiza la incidencia de eventos estresantes recientes en el entorno socio-laboral y familiar que gatillan conductas suicidas en individuos con una estructura de personalidad que los hace ser vulnerables ante la frustración o pérdida. Dichas conductas se dan, según investigaciones anteriores (13), en pacientes que padecen de alguna patología psiquiátrica previa a la crisis que desencadena la intención de autoeliminarse. Se ha visto que la tendencia a la repetición de los intentos de suicidio se da más en trastornos de personalidad límite y en mujeres; los hombres tendrían mucho menos intentos y sus métodos son más eficaces. En los hombres el descontrol de la impulsividad se ve más en cuadros con adicción a alcohol o a sustancias (14).

## OBJETIVOS

Conocer datos sociodemográficos generales de los pacientes que ingresan al SPHDS con diagnóstico de suicidalidad.

Conocer factores de riesgo psicosocial que inciden en la sintomatología de estos pacientes.

Conocer los principales diagnósticos asociados con conductas suicidas y parasuicidas.

Conocer la evolución global, sintomática, en relaciones interpersonales y rol social, tendencia de estos pacientes medidos mediante el OQ-45.2 de Lambert.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se estudiaron todos los pacientes ingresados a las distintas unidades del SPHDS desde enero del 2003 a diciembre del 2005. De los 7.780 casos vistos en to-

tal en SPHDS en esos tres años, se seleccionaron 487 con ideación o intento autolítico, registrándose sus características sociodemográficas y diagnósticas. De este subgrupo se extrajo aleatoriamente una muestra conformada por 92 pacientes. Se analizaron sus fichas clínicas, tabulándose los diagnósticos de acuerdo al DSM-IV, incluyendo los Ejes II y IV. También se estudiaron los diferentes métodos de intento y sus características.

Se analizaron los puntajes obtenidos en el cuestionario OQ 45.2, validado en Chile por De la Parra y Von Bergen (15), aplicado al momento del ingreso, al alta y en el control post alta, con lo cual se evaluó el proceso terapéutico. El OQ-45.2 (Outcome Questionnaire) es un cuestionario de autoevaluación que evalúa los resultados en psicoterapia, tanto antes-después, como sesión a sesión. Ésta es una herramienta para valorar en forma externa el curso de un proceso terapéutico, estimando el nivel de funcionamiento de la persona que lo contesta, tanto en un determinado momento como a lo largo del tiempo y de su progreso en la terapia. Dicha medición se realiza a través de 45 ítem divididos en tres áreas, consideradas en subescalas del test (sintomatología, relaciones interpersonales y rol social). Posteriormente estos datos se sometieron a análisis estadísticos sobre una planilla de Excel y con el paquete estadístico SPSS 13.0.

## RESULTADOS

85% de los pacientes hospitalizados por ideación suicida fueron mujeres. Esta proporción no varió en el caso de los intentos autolíticos (84,5%). Esta distribución es distinta del grupo total de hospitalizados, donde 75% de los casos es de sexo femenino.

**Tabla 1**

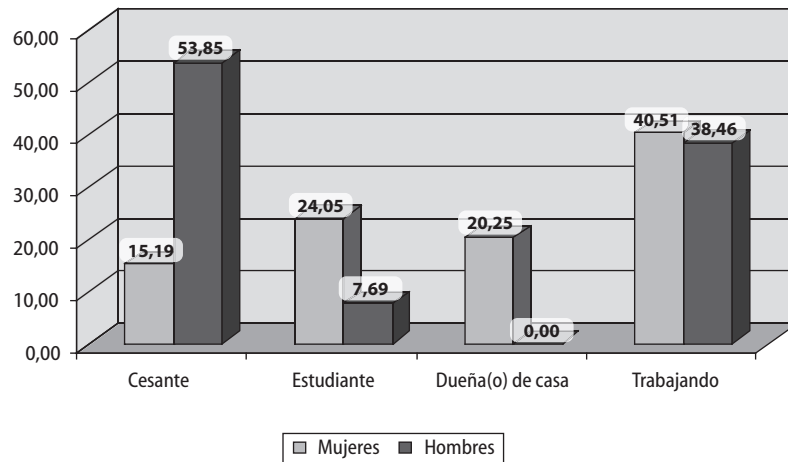
DISTRIBUCIÓN POR SEXO Y TIPO DE RIESGO SUICIDA, 480 CASOS VISTOS EN SPHDS 2003-2005

	Ideación suicida	Intento suicida	Total
Mujeres	318	56	374
%	85	15	100
Hombres	88	16	104
%	85	15	100
Total	406	72	478
%	85	15	100

Al analizar las características socio-demográficas de los casos con riesgo suicida, utilizando la submuestra antes descrita, encontramos un predominio de solteros, que alcanzan a la mitad de las mujeres y a

**Gráfico 1**

CESANTÍA Y TIPO DE OCUPACIÓN, 92 INTENTOS DE SUICIDIO SPHDS 2003-2005



**Tabla 2**

ESTADO CIVIL Y SEXO, 92 INTENTOS DE SUICIDIO HOSPITALIZADOS EN SPHDS, 2003-2005, EXPRESADOS EN PORCENTAJES

Estado Civil	Mujeres (n=79)	Hombre (N=13)	Total (n=92)
Casados	25,3	23,1	25,0
Convivientes	7,6	7,7	7,6
Separados	15,2	23,1	16,3
Solteros	50,6	46,2	50,0
Viudos	1,3	0,0	1,1

Chi-cuadrado de Pearson=0,65 con 4 gl, p<0,001

un 46,2% de los hombres. Los casados constituyeron alrededor de un cuarto de ambos sexos y los separados un 23,1% de los hombres y 15,2% de las mujeres. Al considerar el total sin considerar el sexo, un 50% de los intentos se lleva a cabo por solteros, cifra que aumenta a 67,4% cuando se suman todos los sujetos sin pareja.

No hubo diferencias significativas por sexo en cuanto a nivel de escolaridad ni religiosidad. Del grupo total, el 77,2% no presenta enseñanza media completa. El 21,7% fueron estudiantes, un 37% tenía trabajos remunerados y el 20% estaba cesante. Al comparar la situación laboral por género, se encontró un mayor porcentaje de cesantía en el sexo masculino, como muestra el Gráfico 1.

**Tabla 3**

COMPARACIÓN SEGÚN GÉNERO DEL MÉTODO AUTOLÍTICO, EN 92 INTENTOS DE SUICIDIO HOSPITALIZADOS EN SPHDS, 2003-2005, EXPRESADOS EN PORCENTAJES

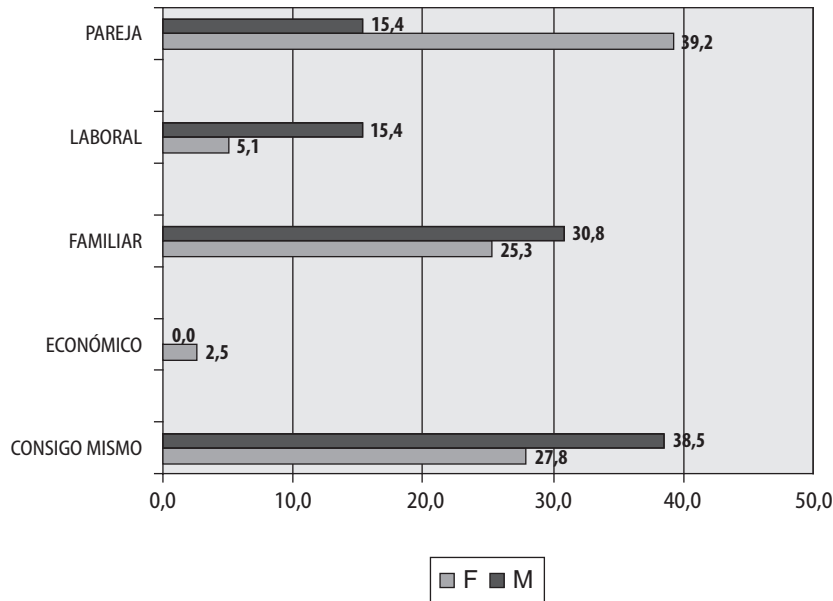
Método	Mujeres	%	Hombres	%	Total	% Total
Intoxicación Medicamentosa	62	67,39%	4	4,34%	66	71,74%
Intoxicación con sustancia tóxica	3	3,24%	1	1,08%	1	1,08%
Corte de muñecas	7	7,61%	2	2,17%	9	9,78%
Otro corte corporal	0	0%	1	1,08%	1	1,08%
Ahorcamiento	3	3,26%	4	4,34%	7	7,61%
Otro	4	4,34%	0	0%	4	1,08%
Total	79	85,86%	13	14,13%	92	100%

Chi-cuadrado: NS.



**Gráfico 2**

TIPO DE CONFLICTO EN EL EJE IV DEL DSM-IV, 92 PACIENTES CON INTENTO DE SUICIDIO HOSPITALIZADOS EN EL SPHDS, 2003-2005



El método utilizado para intentar suicidarse más frecuente en mujeres es la intoxicación medicamentosa, con 67,4%, seguida de cortes corporales en un 7,6% y por el ahorcamiento y el lanzamiento de altura en un 3,3% cada uno.

El principal diagnóstico de Eje I en hombres fue el Trastorno Depresivo Mayor y en mujeres el Trastorno Adaptativo, con comorbilidad en Eje II en el 83,9%, siendo la comorbilidad con Eje II del total de los intentos del 73,9%.

En cuanto al motivo desencadenante del riesgo, en ambos sexos la descompensación de la homeostasis in-

terna (“problemas consigo mismo”) fueron frecuentes, así como los conflictos familiares. Sin embargo, en las mujeres el motivo más importante que gatilló episodios suicidas fueron los de pareja (39,2% versus 15,4% en los hombres). En los varones, por el contrario, fueron más frecuentes las causales laborales (15,4% versus 5,7% en las mujeres).

Un porcentaje alto de los casos tenía antecedentes de intentos previos: un 28% había tratado de suicidarse previamente, un 20% adicional lo había intentado dos veces antes, y un 24% lo había hecho sobre cuatro veces. Un 11% tenía más de diez intentos anteriores.

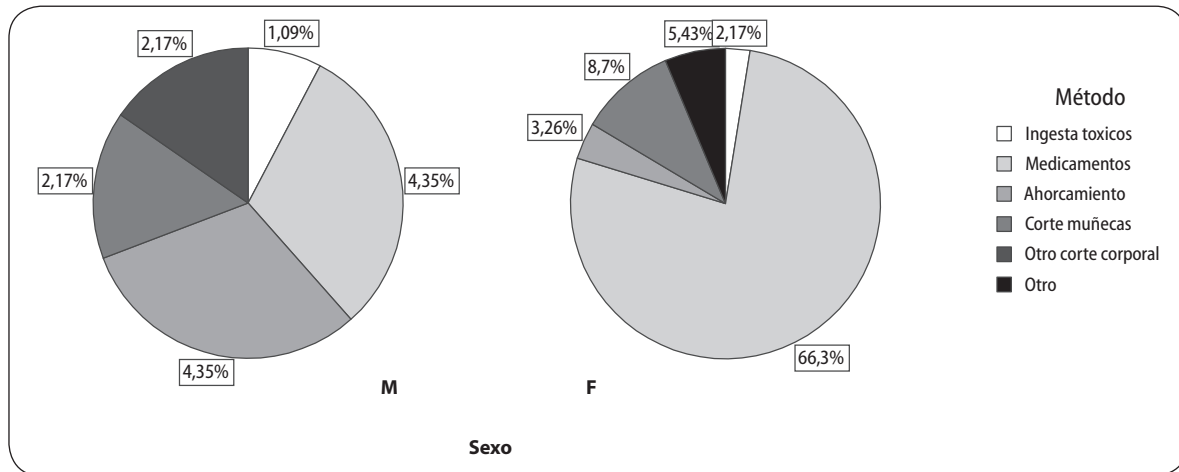
**Tabla 4**

COMPARACIÓN SEGÚN GENERO DE NÚMERO DE INTENTOS DE SUICIDIO ANTERIORES, 92 CASOS HOSPITALIZADOS EN SPHDS, 2003-2005

Intentos de suicidio anteriores	Mujeres	%	Hombres	%	Total	% Total
Uno	22	31%	4	31,3%	26	28,26%
Dos	21	30%	5	31,3%	26	28,26%
Tres	16	22,5%	2	16,7%	18	19,57%
Cuatro	7	9,9%	0	0%	7	7,61%
Cinco	0	4,2%	1	1,2%	4	4,34%
Seis a nueve	1	1,4%	0	1,2%	1	1,08%
10 o más	1	1,4%	1	1,2%	1	10,87%
Total	71	85,86%	13	83%	72	100%

Chi-cuadrado de Pearson: 2,541, con 6 gl,  $p < 0,864$ .

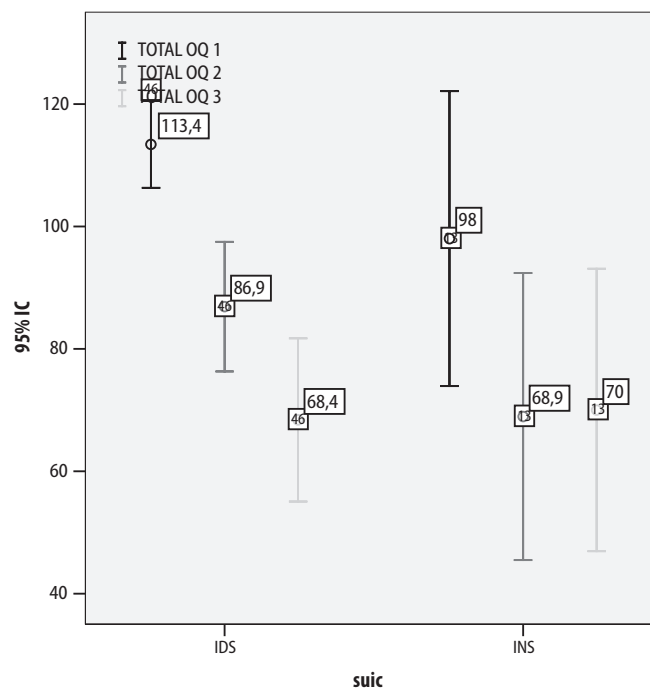
**Gráfico 3**  
MÉTODO DE INTENTO, POR SEXO, 92 PACIENTES HOSPITALIZADOS EN SPHDS, 2003-2005



Al analizar la variación en el puntaje del OQ 45.2 de los pacientes hospitalizados, el promedio al ingreso fue mayor (113,4) en los casos de ideación que en los de intento consumado (98). Hubo un importante descenso

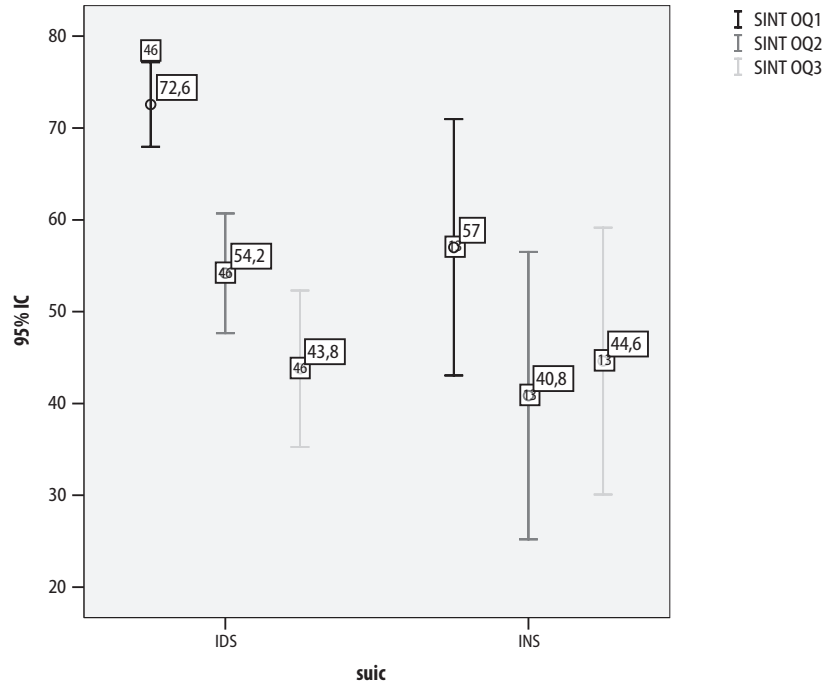
en las tres mediciones (ingreso, comienzo del tratamiento y control post-alta). Lo mismo puede constatarse en cuanto a la variación en las sub-escalas de síntomas, de relaciones interpersonales y de rol social del OQ 45.2.

**Gráfico 4**  
VARIACIÓN EN PUNTAJE GLOBAL OQ 45.2 EN TRES MEDICIONES, 480 CASOS CON IDEACIÓN (IDS) O INTENTO (INS) SUICIDA, SPHDS, 2003-2005



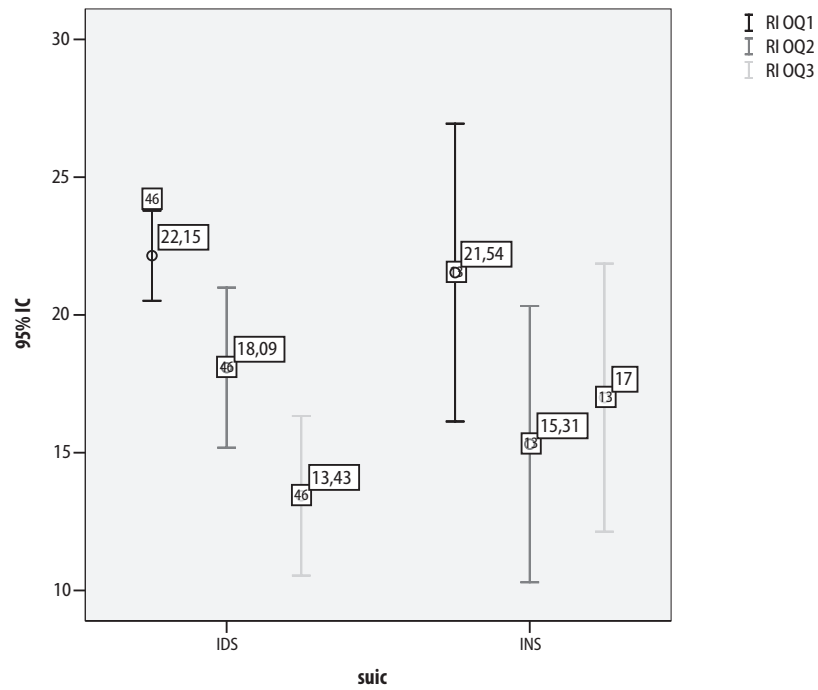
**Gráfico 5**

VARIACIÓN EN PUNTAJE SUB-ESCALA SÍNTOMAS OQ 45.2 EN TRES MEDICIONES, 480 CASOS CON IDEACIÓN (IDS) O INTENTO (INS) SUICIDA, SPHDS, 2003-2005



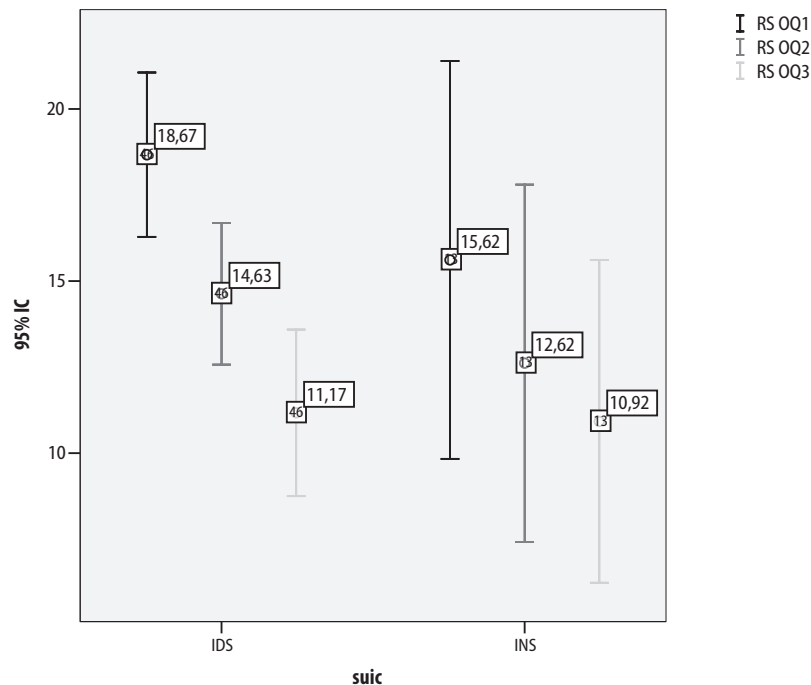
**Gráfico 6**

VARIACIÓN EN PUNTAJE SUB-ESCALA RELACIÓN INTERPERSONAL OQ 45.2 EN TRES MEDICIONES, 480 CASOS CON IDEACIÓN (IDS) O INTENTO (INS) SUICIDA, SPHDS, 2003-2005



**Gráfico 7**

VARIACIÓN EN PUNTAJE SUB-ESCALA ROL SOCIAL OQ 45.2 EN TRES MEDICIONES, 480 CASOS CON IDEACIÓN (IDS) O INTENTO (INS) SUICIDA, SPHDS, 2003-2005



## CONCLUSIONES

Este trabajo confirma hallazgos previos acerca de la prevalencia del riesgo suicida en la práctica hospitalaria general. A diferencia de otros trabajos, sin embargo, las mujeres presentan también un mayor porcentaje de ideación suicida o intentos consumados. En este hallazgo puede haber un artefacto, dado que el SPHDS tiene muchas más camas para mujeres que para hombres. Entre las variables socio-demográficas el vivir solo, sea soltero o sin pareja, aumenta el riesgo, así como la cesantía o falta de trabajo estable.

No encontramos tampoco diferencias estadísticamente significativas por género en cuanto al método: en ambos casos las intoxicaciones medicamentosas fueron el método autolítico más utilizado, aunque los hombres emplearon más el ahorcamiento que las mujeres. En Chile la frecuencia de uso de armas de fuego es extremadamente baja.

La psicopatología más prevalente en el género femenino fue el trastorno adaptativo, mientras que en el masculino lo fue el trastorno depresivo mayor. En ambos sexos hubo elevada co-morbilidad con trastornos de personalidad, lo que señala el rol de los aconteci-

mientos vitales en el desencadenamiento del episodio suicida, y abre la posibilidad de prevención secundaria (intervenciones en crisis).

Al analizar las dimensiones del Eje IV del DSM, se puede constatar que los motivos internos y conflictos familiares son semejantes en ambos sexos; los conflictos de pareja desencadenan más riesgo suicida en mujeres, y los laborales en hombres. Esto se liga al hecho anteriormente mencionado acerca del rol de la cesantía: especialmente en el género masculino, la pérdida del trabajo puede gatillar suicidalidad, vía problemas de autoestima.

Quizá el principal hallazgo de este estudio es la importante disminución de los puntajes en el cuestionario de impacto de la intervención realizada, alcanzando índices de cambio confiable (sobre 17 puntos de acuerdo a la validación chilena) tanto en la ideación como en los intentos consumados. Esto muestra la importancia de evaluar y tratar el riesgo suicida, que es prevenible tanto en forma primaria (tratando la psicopatología y buscando formas menos maladaptativas de enfrentar conflictos) y como secundaria y terciaria (16). El hecho de que un número importante de casos son reincidentes (un 10% de la muestra estudiada ha intentado sui-

cidarse más de 10 veces) abre la posibilidad de prevención terciaria, al introducir componentes de enseñanza de resolución adaptativa de problemas dentro de la intervención hospitalaria.

La Organización Mundial de la Salud ha insistido en la necesidad de desarrollar programas activos de prevención del riesgo suicida. Hemos comenzado a aplicar el protocolo SUPRE MISS de OMS EURO, para poder luego pilotear las actividades preventivas sugeridas por ellos (17).

## REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Facts about Suicide. Ginebra, 1999
2. Mazzei M, Cavada G. El Suicidio en Chile. Rev CGIL Salud Pública 2004; 8: 176-178
3. Romero MI. Variaciones de tasas de suicidio en Chile, 1994-2004. Actas del I Congreso Iberoamericano de Adolescencia y Juventud, Buenos Aires, Agosto 2006
4. Maltxberger JT. Treating Suicidal Patients in the Managed Care Environment. En: Treatment of Suicidal Patients in Manager Care. Ellison JM (Ed). American Psychiatric Press, Washington DC, 2001
5. Arrué P, Florenzano R, Calderón A, Juejati M, Tolosa P, Ruiz Tagle A. Evaluación de resultados de intervenciones en crisis en un Servicio de Psiquiatría de Hospital General. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, 60 (p S106) Nov 2006
6. Florenzano R, Fasani R, Salas P, Lara C, Ruiz Tagle C, Mata F. Frecuencia y Manejo de Pacientes con Consulta Suicida en una Unidad de Psiquiatría de Enlace en un Hospital General. Revista Chilena de Neuro.psiquiatría 2005; 43(11S): 76
7. Rowland N, Goss E (Eds). *Evidence Based Counselling and Psychological Therapies*. Routledge, Londres, 2000
8. Thornicroft G, Tansella M. *The Mental Health Matrix: A Manual to Improve Services*. Cambridge University Press, Cambridge, 1999
9. Gómez A, Barrera A. Evaluación Clínica y Psicológica de la Conducta Suicida. Rev CGIL Neuro-Psiquiatría 1993; 31(Supl. 4): 19-42
10. Gómez A. La Conducta Suicida en la Práctica Psiquiátrica. Rev Psiquiatría Clínica 2002; 35: 729-747
11. Moscicki E. Identification of Suicide Risk Factors using Epidemiologic Studies. The Psychiatric Clinics of North America 1997; 20(3): 499-517
12. Labra JF, Florenzano R, San Juan K, Ruiz Tagle C, Mata JF, Del Río V. Condicionantes de Suicidio en Pacientes Hospitalizados en un Hospital. Revista Chilena de Neuro.psiquiatría 2005; 43(11S): 76
13. Maris R. Social and Familial Risk Factors in Suicidal Behavior. The Psychiatric Clinics of North America 1997; 20(3): 519-550
14. Ogles BM, Lambert MJ, Fields SA. *Essentials of Outcome Assessment*. John Wiley and Sons, Nueva York, 2002
15. De la Parra G, Von Bergen A, Del Río M. Primeros hallazgos de la aplicación de un instrumento que mide resultados psicoterapéuticos en una muestra de pacientes y de población general. Rev CGIL Neuro-Psiquiatría 2002; 40(3): 201-209
16. Wasserman D (Ed). *Suicide: An unnecessary death*. Londres, Dunits, 2001
17. Bruzzone C, Reynal J, Florenzano R, Juejati M, Tolosa P, Tapia A. Estudio piloto de la aplicación del protocolo SUPRE MISS de la OMS para la evaluación de pacientes suicidas hospitalizados. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría 2006; 60 (p S84) Nov

## INVESTIGACIÓN

# TREINTA AÑOS DE CONSULTA PSIQUIÁTRICA: ANÁLISIS DEL REGISTRO DE CASOS

(Rev GPU 2007; 3; 3: 340-352)

Patricio Olivos<sup>1</sup>

**Se presenta un estudio del Registro de Casos Psiquiátricos (RCP) constituido por los pacientes tratados en la consulta privada por el autor en Santiago de Chile, en el periodo de 30 años comprendido entre el 9/1/1974 y el 14/1/2004. Se analizan los patrones de consulta y atención con respecto a los datos demográficos y de diagnóstico, y el tipo de alianza terapéutica probablemente involucrado.**

## INTRODUCCIÓN

I. Los Registros de Casos Psiquiátricos (RCP) son definidos por la OMS como "Un fichero longitudinal de pacientes sobre los contactos que establecen con un conjunto definido de servicios psiquiátricos". Llamados también Registro Acumulativo de Casos (RAC) (1), son un sistema de información acumulativa, con un carácter continuado en el tiempo –a diferencia de encuestas y estudios transversales–, exhaustivo –a diferencia de estudios por muestreo– y que requiere la identificación personalizada de casos. Los RCP se centran en los pacientes y no en los sucesos, se basan en la población, son longitudinales y acumulativos, se orientan a los servicios (2), proveen una base para estudios de uso de servicios y patrones de atenciones en el tiempo (3), y son una herramienta importante en muchos aspectos de la planificación de servicios de atención tales como delinear poblaciones problema, desarrollar intervenciones, activar programas de control de calidad y conducir investigación(4).

Los RCP de Camberwell, Danés, Israelí, de Verona y españoles han sido fuente de numerosas investigaciones (4-11). En Chile no disponemos de registros con esas características. Recientemente Sepúlveda (12) ha planteado la necesidad de un sistema de información de ese tipo. Autores como Florenzano, Almonte, Ojeda, Schürch y Roizblatt (13-17) han utilizado los registros de servicios psiquiátricos públicos para realizar investigaciones epidemiológicas. No encontramos estudios de poblaciones clínicas de consulta psiquiátrica privada en Chile. Tampoco extranjeros. Un artículo de Eisele (18) es un recuento personal cualitativo. Quisimos investigar cuantitativamente en nuestra población de consultantes, y para ello creamos en 1994 nuestro Registro de Casos.

II. Los estudios epidemiológicos de poblaciones clínicas permiten establecer con mayor exactitud el tipo de diagnóstico y su relación con otras variables; hacer también proyecciones a la población general y comparar sus resultados con los estudios epidemiológicos de población general, que permiten un análisis de la

<sup>1</sup> Médico psiquiatra en práctica privada. Las Limas 1599, Las Condes, Santiago. E-mail: drpolivos@gmail.com

patología tal cual se presenta en la población. Estos últimos en Chile son el Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (ECP) conducido por el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Universidad de Concepción entre julio de 1992 y junio de 1999 (Vicente, Rioseco, Saldivia, Kohn, Torres y otros)(19-24), y el estudio de prevalencia actual en Santiago de Chile de Araya, Rojas y Fritsch. (25).

III. La utilización de bases de datos de pacientes ha generado preocupación por la confidencialidad de los datos. La privacidad es un requisito básico para el tratamiento psiquiátrico. Simon y Apelbaum han identificado los requisitos que permiten a la vez proteger la privacidad y facilitar la investigación (26-29). En el estudio que presentamos sólo el autor ha tenido acceso a los datos completos, y quien los procesó trabajó con bases de datos anónimas.

IV. El encuadre de tratamiento de tipo clínico, en consulta privada, y no primariamente de investigación, supone algunos elementos a considerar para el análisis de los datos:

- a) Los consultantes definen su necesidad de consulta y hacen uso de su privilegio de Libre Elección tanto para consultar como para continuar un tratamiento. Pagando. Y no sólo con criterios de salud sino también con criterio de consumidores.
- b) El esquema de tratamiento clínico tiene un carácter flexible: su mantención no depende de un diseño prefijado sino de la evaluación que el médico tratante hace acerca de las necesidades del paciente y de la eficacia del tratamiento.
- c) En el resultado influyen fuertemente aspectos propios de la interacción médico-paciente, como el efecto placebo y la tasa de cumplimiento, aspectos relacionados también con el tipo de alianza terapéutica que se establece en este encuadre.

V. Durante estos 30 años hemos mantenido ciertos criterios:

- a) atender una gama amplia de trastornos psiquiátricos, que puedan tratarse en la consulta ambulatoria. Ha ido cambiando gradualmente el modo de la intervención terapéutica de acuerdo a los avances y cambios habidos en la farmacoterapia y la psicoterapia, los cambios en el conocimiento y las actitudes del terapeuta y los ocurridos en el contexto socioeconómico, particularmente en el mercado de la salud.

- b) subrayar la importancia de la psicopatología, la evidencia clínica y los factores biológicos en el diagnóstico y el tratamiento, pero entendiendo también a la comprensión psicológica y la psicoterapia como una dimensión inherente de toda clínica y terapéutica psiquiátrica (30).
- c) en esta psicoterapia el autor podría calificarse como ecléctico: si bien la mayor formación e influencia ha sido en la orientación psicoanalítica, tanto individual como de grupo, su primera formación fue rogeriana y gestáltica; también ha abrevado en las aguas de la hermenéutica y el análisis existencial y, últimamente, de la investigación empírica y de la orientación sistémica en psicoterapia.
- d) seguir el consejo de Michel Balint, que recomendaba “encontrar la intervención más simple que pudiera acarrear un cambio significativo favorable en el paciente”. Por intervención entiendo escucha, palabras (de empatía, comprensión, esperanza, interpretación focalizada, intervención pedagógica o cognitiva), medicamentos, modificación y/o reencuentro con el entorno, internación (lo menos posible), todo esto en un contexto que reconoce la importancia de la alianza terapéutica y los efectos de la transferencia.
- e) un último criterio, pero no menos importante, ha sido mantener un precio moderado por la consulta, en consonancia con la realidad chilena, y para facilitar el acceso y la continuidad del tratamiento.

## MATERIAL Y MÉTODO

Fuimos conformando, a partir de 1994, una base de datos en Excel, con las características de un Registro de Casos Psiquiátricos (RCP), para un estudio naturalístico descriptivo cuantitativo de todos los pacientes –4.832 en total– tratados en la consulta desde el 9/1/1974 hasta el 14/1/2004, que consignó sus datos demográficos al momento de la primera consulta (sexo, edad, estado civil y ocupación), diagnóstico, fecha de inicio y de término de las atenciones, número de atenciones otorgadas, y número de episodios de reagudización o de consulta atendidos en el periodo estudiado.

El encuadre de consulta y tratamiento se mantuvo estable y físicamente el mismo a lo largo del tiempo, con sólo 1 cambio de lugar, en junio de 1979.

Se utilizó el DSM-IV por ser la clasificación más difundida y utilizada para el intercambio científico y clínico. El diagnóstico fue *jerarquizado*, poniendo en primer lugar aquel que en el estudio del paciente se mostró

como el más perturbador para su salud mental. Y esto según: a) el diagnóstico de estado en aquellos casos con pocas consultas, o b) un diagnóstico basado en la evolución, en aquellos casos en que hubo un mayor seguimiento.

Al comenzar el estudio se hizo, en los casos previos, una revisión de los diagnósticos para conformarlos al DSM III-R. Y luego al DSM-IV, cuando entró en uso, lo que fue posible gracias a una ficha clínica fenomenológica, que registra el síntoma y la vivencia como se dan en el relato del paciente, y no el término orientado ya a un diagnóstico.

## RESULTADOS

Por lo extenso de los datos, presentamos en este artículo los resultados más significativos, y su análisis.<sup>2</sup>

### I a. Muestra total

Estuvo conformada por 4.832 pacientes, 3.016 mujeres (62,42 %) y 1.816 hombres (37,58 %).

El promedio simple de atenciones por paciente fue de 9,97.

El tiempo de atención promedio fue de 17,45 meses.

El promedio de episodios tratados por paciente fue de 1,35.

El promedio de atenciones a pacientes mujeres fue de 9,75, con un promedio de 1,34 episodios atendidos en un tiempo total promedio de 17,52 meses.

El promedio de atenciones a pacientes hombres fue de 10,34, con un promedio de 1,36 episodios atendidos en un tiempo total promedio de 17,32 meses.

Llama la atención esta similitud cuantitativa en cuanto a número de atenciones, tiempo de atención y promedio de episodios por género. Podemos hipotetizar:

- a) en los pacientes que: 1) aunque la demanda por una 1ª atención es mayor en las mujeres, una vez que los hombres consultan tienen un comportamiento similar, y 2) que las diferencias por sexo en algunas patologías, particularmente aquellas más determinadas biológicamente, y que en esta muestra reproducen en general lo que aparece en la literatura, se neutralizan en el conjunto.  
¿Será que la enfermedad y el sufrimiento que llevan a consultar al psiquiatra toman caminos dis-

tintos según el género –y su vulnerabilidad genética y los condicionamientos sociales y culturales–, pero a fin de cuentas resulta equivalente en cuanto a demanda por atención?

- b) en el psiquiatra, que su estilo de atención no hace diferencia por sexo en los procedimientos. Esto concuerda con lo que encontraron Nash y Nevid, 2000 (31) investigando el impacto de las tácticas del terapeuta en la alianza terapéutica: no hubo un obvio sesgo por género, los terapeutas parecieron tratar a sus clientes razonablemente igual.

I b. Los pacientes consultaron por primera vez (pacientes nuevos) a lo largo de los quinquenios, de la siguiente manera:

1ª CONSULTA

quinquenio	Total	mujeres		hombres	
	quinquenio	n	%	n	%
1/1/74 al 31/12/78	957	651	68.03	306	31.97
1/1/79 al 31/12/83	715	450	62.94	265	37.06
1/1/84 al 31/12/89	576	361	62.67	215	37.33
1/1/89 al 31/12/93	674	421	62.46	253	37.54
1/1/94 al 31/12/98	982	577	58.76	405	41.24
1/1/99 al 7/1/2004	928	556	59.91	372	40.09
Total	4.832	3.016	62.42	1.816	37.58

Aunque la consulta femenina es mayoritaria –más de 2/3 hace 30 años–, con el transcurso del tiempo ha habido un aumento en las consultas masculinas, y actualmente la proporción es de 60% mujeres y 40% hombres.

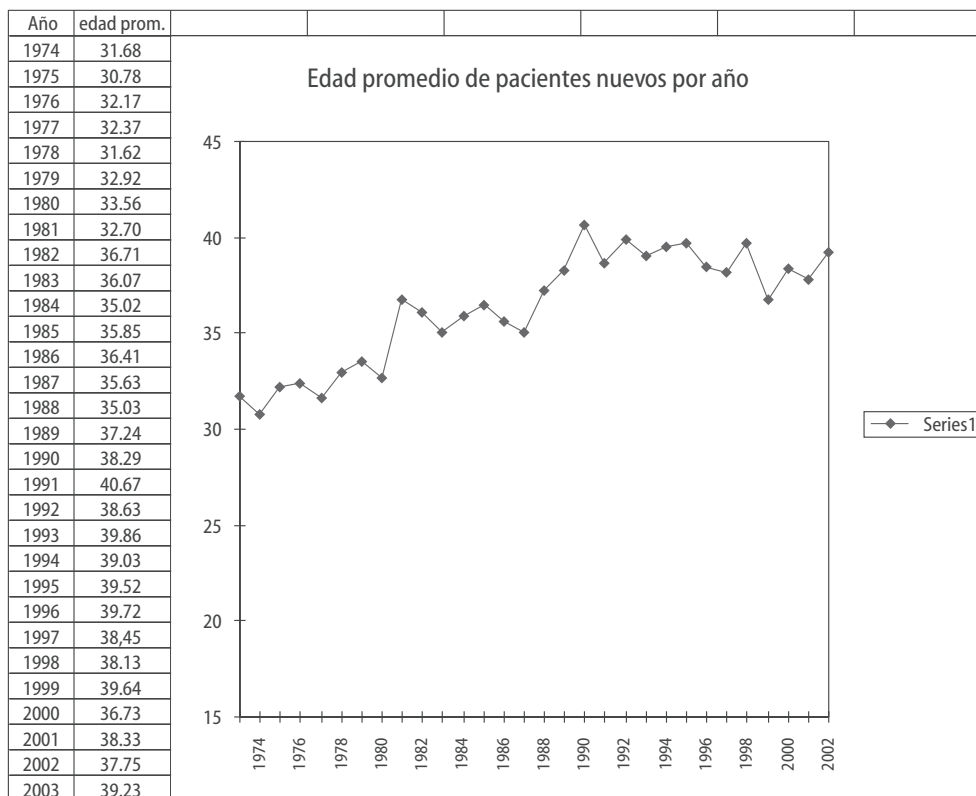
I a. En cuanto a la edad de primera consulta, los hombres tienden a consultar más tempranamente: un 28,14% de sus primeras consultas fueron antes de los 25 años, vs. un 21,18% en las mujeres. Un 55,79% de los hombres consultó antes de los 35 años.

Las mujeres consultaron más entre los 20 y los 39 años, un 55,17% de sus consultas, y siguieron consultando luego en mayor proporción que los hombres a lo largo del tiempo, incluso hasta edades avanzadas. 126 mujeres, un 4,18% de las pacientes, consultaron por primera vez después de los 70 años, vs 45 hombres, un 2,48 %.

<sup>2</sup> El total de la información se encuentra en <http://drpolivos.googlepages.com> y [www.sonepsyn.cl/gdt.08.psicoterapia.htm](http://www.sonepsyn.cl/gdt.08.psicoterapia.htm)



**Gráfico 1**



II b. *La edad promedio de primera consulta a este psiquiatra aumenta con los años, como lo muestra el gráfico:*

- a) Esto puede deberse al envejecimiento que ha experimentado la población chilena a lo largo de estos años. Lo que se ha llamado "greying" (encanecimiento) de la población, fenómeno que se está dando en Chile como en Europa y en EE.UU.
- b) La edad del psiquiatra podría influir en ser elegido como tratante, aunque la investigación de Bachelor & Horvath, 1999 (32) indicó que la similitud con respecto a la edad y estatus socioeconómico no está relacionada con la fuerza de la alianza.

III. Según su estado civil, los pacientes se agruparon como sigue:

Estado Civil	Total		Mujeres		Hombres	
	n	%	n	%	n	%
anulado/divorc/sep	483	10.00	346	11.47	137	7.55
casado/convive	2.254	46.65	1.391	46.13	863	47.52

Estado Civil	Total		Mujeres		Hombres	
	n	%	n	%	n	%
Solteros	1.919	39.71	1.113	36.90	806	44.38
Viudos	176	3.64	166	5.50	10	0.55
Total	4.832	100.00	3.016	100.00	1.816	100.00

No hay diferencia significativa en la proporción de consultantes hombres o mujeres con pareja estable. En los hombres hay una mayor proporción de solteros y, en las mujeres, mayor proporción de separadas y viudas.

IV. Según su ocupación al momento de la primera consulta:

- Los profesionales son los que más consultan, 24,15%, en porcentaje algo mayor en hombres (26,87%).
- Y luego dueñas de casa, el grupo consultante femenino más numeroso (26,26%).
- Y luego estudiantes, en que los hombres igualan en número a las mujeres, y son también un porcentaje importante dentro de su género (21,20%).

- A continuación vienen oficinistas, muy mayoritariamente mujeres (14,6%).
- Inactivos, obreros, empresarios, cesantes, jubilados y ejecutivos son mayoritariamente hombres.

V. Según el diagnóstico, en el total de la muestra y por sexo los pacientes se agruparon como sigue:

Diagnósticos totales	muestra total		mujeres		hombres	
	n	%	n	%	n	%
trastorno adaptativo	1.109	22.95	778	25.78	331	18.25
trastorno personalidad	796	16.47	404	13.39	392	21.61
tr personalidad límite	78	1.61	58	1.92	20	1.10
trastorno disociativo	129	2.67	110	3.64	19	1.05
trastorno conversivo	10	0.21	8	0.27	2	0.11
trastorno facticio	3	0.06	2	0.07	1	0.06
trast adolescencia	102	2.11	57	1.89	45	2.48
probl conyug y pareja	417	8.63	300	9.94	117	6.45
trastorno sexual	56	1.16	24	0.80	32	1.76
trastorno somatomorfo	188	3.89	132	4.37	56	3.09
subtot psicoterapéuticos	2.888	59.77	1.873	62.06	1.015	55.95
Bulimia	23	0.48	21	0.70	2	0.11
Anorexia/bulimianorexia	15	0.31	15	0.39		
trast control impulsos	29	0.60	17	0.56	12	0.66
depresión mayor	186	3.85	132	4.37	54	2.98
depresión may recurrente	69	1.43	41	1.36	28	1.54
depresión may resistente	16	0.33	11	0.36	5	0.28
trastorno depresivo	299	6.19	214	7.09	85	4.69
Distimia	85	1.76	64	2.12	21	1.16
depresión puerperal	7	0.14	7	0.23		

Diagnósticos totales	muestra total		mujeres		hombres	
	n	%	n	%	n	%
trast bipolar I	64	1.32	39	1.29	25	1.38
trast bipolar II	29	0.60	21	0.70	8	0.44
tr bipolar ciclotímico	3	0.06	2	0.07	1	0.06
subtot trast del ánimo	758	15.69	531	17.59	227	12.51
trastorno angustia	140	2.90	82	2.72	58	3.20
tr angustia c/agorafobia	44	0.91	30	0.99	14	0.77
agorafobia	2	0.04	2	0.07		
tr ansiedad generalizada	78	1.61	51	1.69	27	1.49
fobia específica	28	0.58	15	0.50	13	0.72
fobia social	36	0.75	23	0.76	13	0.72
tr obsesivo compulsivo	56	1.16	23	0.76	33	1.82
tr estrés postraumático	45	0.93	29	0.96	16	0.88
subtotal trast ansiedad	429	8.88	255	8.45	174	9.59
esquizofrenia	209	4.33	79	2.62	130	7.17
tr esquizofreniforme	20	0.41	5	0.17	15	0.83
trast delirante	69	1.43	32	1.06	37	2.04
subtotal	298	6.17	116	3.84	182	10.03
otras psicosis	23	0.48	11	0.36	12	0.66
trast relac sustancias	136	2.81	51	1.69	85	4.69
DOC, demencia	62	1.28	38	1.26	24	1.32
Retardo mental	33	0.68	15	0.31	18	0.37
trastornos del sueño	35	0.72	21	0.70	14	0.77
resto varios diagnósticos	83	1.71	44	1.45	39	2.15
Total	4.832	100.00	3.018	100.00	1.814	100.00

- Agrupamos –según la agrupación que hace Racy (33)– los cuadros en predominantemente psicoterapéuticos y predominantemente biológicos, y los cuadros “psicoterapéuticos” representaron un 59,77% de la muestra total. Y en mujeres fueron un 62,06%, mientras en los hombres fueron un 55,95%.  
Esta mayor presencia de cuadros predominantemente “psicoterapéuticos” seguramente tiene que ver con el interés del autor por la psicoterapia, que puede haber orientado a los consultantes, por vía del consejo de ex pacientes o colegas. Pero cualquier psiquiatra que revise su consulta verá que dichos cuadros son motivo de consulta frecuente, salvo que esté muy orientado a alguna patología “biológica”.
- Los trastornos adaptativos fueron el diagnóstico más frecuente.
- Los siguieron los trastornos de personalidad, especialmente en hombres. Separamos éstos de los trastornos de personalidad severos o estructuras limítrofes, más frecuentes en mujeres, siguiendo para esto la distinción estructural que hace O. Kernberg y no la tipología del DSM-IV.
- Los trastornos del ánimo son motivo de consulta frecuente: 15,69% de la muestra total, y especialmente en mujeres, 17,59%. (Utilizamos un criterio restringido para los cuadros bipolares a aquellos que han presentado una hipomanía o manía.)
- Los trastornos por ansiedad son otro motivo frecuente de consulta, un 8,88% de la muestra total, y en hombres un 9,59%, en estos especialmente en la forma de trastorno de angustia y trastorno obsesivo compulsivo.
- La esquizofrenia y los trastornos delirantes fueron otro importante motivo de consulta, un 6,17% de la muestra total, y un 10,03% de los consultantes hombres. Esto quizás porque mientras laboré en instituciones trabajé con este tipo de pacientes, tanto agudos como en rehabilitación.
- Los problemas conyugales fueron también un motivo de consulta frecuente. Especialmente en mujeres: un 9,94% consultaron por ese motivo.  
He tratado pocos pacientes con enfermedades adictivas y con trastornos alimentarios, porque habitualmente requieren terapia por un equipo.

Tipos de consultantes: La experiencia de estos 30 años nos ha permitido distinguir, según su modo de consulta:

I. Pacientes con 1 consulta: 1.311 pacientes, un 27,13% del total, asistieron sólo a una consulta. Este porcenta-

je es llamativo, pero se repite –e incluso es mayor– en otros estudios nacionales y extranjeros.

Investigando nuestra subpoblación con una consulta encontramos:

- a) La edad de primera consulta y su estado civil sigue la distribución de la muestra general.
- b) En esta población los diagnósticos más frecuentes, y en mayor proporción que en la muestra total, fueron:  
Trastorno adaptativo: 27,38%, problemas de pareja: 9,69%, esquizofrenia: 6,41%, trastorno somatomorfo 4,81%, trastorno relacionado con sustancias: 4,04%, trastornos disociativos: 2,90%, retardo mental: 1,45% y sanos: 1,14%.  
Los trastornos adaptativos, somatomorfos y disociativos pueden haber tenido alguna o mucha mejoría con la intervención del psiquiatra u otro cambio en su situación, considerada suficiente por los pacientes tras una consulta.
- c) Un cierto número de pacientes fue derivado en la primera entrevista:
  - 20 de los 71 pacientes esquizofrénicos con una consulta al Hogar Taller Protegido que el autor dirigió desde 1975 a 1990
  - consultantes por problemas de pareja, a terapia especializada. En 2002 y 2003 el autor hizo un postítulo para abordarlos con propiedad
  - pacientes con trastorno relacionado con sustancias o con trastorno alimentario a equipos especializados; con epilepsia, demencia o DOC a neurólogos; con retardo mental a instituciones educacionales o de rehabilitación.
- d) 15 sanos tuvieron una consulta, a veces para un examen de salud.
- e) Un cierto número vino en interconsulta o por una segunda opinión.
- f) Influyen factores socioeconómicos y culturales: en la población con una sola consulta hay mayor proporción que en la muestra total de dueñas de casa, oficinistas, obreros, vendedores, inactivos, empleadas domésticas e inválidos. Y hay una menor proporción de profesionales, estudiantes, artistas y religiosos con una sola consulta que en la muestra total. Personas que son dependientes económicamente o tienen menores ingresos o formación cultural, tienen mayor tendencia a consultar sólo una vez, y quienes tienen mayores ingresos o formación cultural tienden a consultar

más de una vez. Los estudiantes son dependientes económicamente, pero por lo general sus padres se preocupan de su tratamiento.

Agrupamos por quinquenios los pacientes nuevos por año y entre ellos los que tuvieron una consulta: (columna a derecha muestra porcentaje de pacientes con una consulta en el total de pacientes nuevos del quinquenio).

Pacientes nuevos por quinquenio y pacientes con una sola consulta:

Quinquenio	Total pac quinquenio	pac una cons	% en total quinquenio
1/1/74 al 31/12/78	957	280	29.26
1/1/79 al 31/12/83	715	194	27.13
1/1/84 al 31/12/88	576	167	28.99
1/1/89 al 31/12/93	674	165	24.48
1/1/94 al 31/12/98	982	224	22.81
1/1/99 al 31/12/03	928	281	30.28
Total	4.832	1.311	27.13

- g) En los años en que el psiquiatra ha trabajado la mayor parte del tiempo en consulta (1976, 77 y 78), y de 1992 en adelante, el número de pacientes nuevos por año ha sido mayor. A mayor disponibilidad de acceso se da más también el fenómeno de la consulta impulsiva, motivada por una situación conflictiva transitoria.
- h) En los tres primeros quinquenios de ejercicio de la especialidad el promedio de pacientes con una sola consulta fue de 28,46 %. En los dos quinquenios entre 1989 y 1998 el promedio fue de 23,65%, un 4,8% menor, lo que podría explicarse por una mayor experiencia y dominio del oficio.
- i) El aumento a 30,28% de pacientes con una consulta en el último quinquenio puede deberse a: a) La mayor experiencia del médico y la mayor eficacia y menores efectos secundarios de los fármacos actuales pueden haber mejorado la efectividad de esa primera consulta; b) Con mayor experiencia también hay más interconsulta, o consulta para una segunda opinión, que a veces se resuelve en una atención; c) Con los años también hay mayor

facilidad para autodescalificarse cuando otro lo puede hacer (mucho) mejor, y d) Un cierto número de pacientes vuelve a consultar pasado un tiempo, más allá del momento de corte del estudio.

Pero la mayoría de estos pacientes, si no volvió a consultar, fue por su decisión.

## II. Pacientes con 2 y 3 consultas.

730 pacientes, un 15,11% de la muestra total, asistieron a 2 consultas. No hubo diferencias significativas en la distribución por sexo o edad con la muestra total.

516 pacientes, un 10.68% del total, asistieron a 3 consultas, y su distribución por edad de 1ª consulta y por sexo fue la de la muestra general.

Según diagnóstico los pacientes con 2 y 3 consultas son similares. En ellos hay mayor proporción que en la muestra total de trastorno adaptativo, depresivo, somatomorfo, disociativo y fobia social. Es posible que con 2 o 3 atenciones hayan tenido mejoría considerada suficiente. Aunque también el abandono en la consulta psiquiátrica ambulatoria es frecuente. En diversos estudios se ha constatado que tiene una mayor probabilidad de ocurrir durante las primeras semanas y/o consultas. Lerner *et al.* (34) observaron que el número de pacientes en contacto con los centros de salud mental ambulatorios, desertan considerablemente en los tres primeros meses. Roder y Tyson (35) encuentran que el abandono del tratamiento en psicoterapia es alto inicialmente, y se estabiliza a medida que se suceden las sesiones. Fernández *et al.* (36) han observado que el 76,5 por ciento de los casos estudiados abandonaron entre la primera y cuarta sesión; y Castañeda *et al.* (37) encontraron resultados análogos (un 69 por ciento de abandonos con menos de tres contactos). Chen (38), en una exhaustiva revisión sobre el incumplimiento en la psiquiatría comunitaria encontró que entre un 9 y un 40 por ciento no acuden tras la primera cita.

En el estudio de Jo y Almao (39) en Venezuela el 44% de los pacientes sólo asistió a la entrevista de evaluación. El resto tuvo una tasa de abandono de 30,9%. Las patologías más frecuentes del grupo abandonante fueron trastorno depresivo, trastorno adaptativo, problemas conyugales y trastorno explosivo intermitente. El motivo de abandono predominante en el seguimiento telefónico fue la mejoría, con 30,5%. Los que recibieron psicoterapia permanecieron más en tratamiento.

Los 2.557 pacientes que asistieron de 1 a 3 consultas son un 52,89% de la muestra total. Sus diagnósticos se distribuyeron como sigue:

(COLUMNA A DERECHA MUESTRA PORCENTAJE EN MUESTRA TOTAL)

diagnóstico	1 a 3 consultas		mujeres		hombres		% en total
	n	%	n	%	n	%	
Trast adaptativo	734	28.71	502	32.22	232	23.92	22.95
Tr personalidad	321	12.55	162	10.40	159	16.39	16.47
problema conyugal	226	8.84	176	11.30	50	5.88	8.63
Trast depresivo	186	7.27	126	8.09	60	6.19	6.19
Trast somatomorfo	118	4.61	83	5.33	35	3.61	3.89
esquizofrenia	95	3.72	32	2.05	63	6.49	4.33
Depresión mayor	78	3.05	56	3.59	22	2.27	5.61
Trast disociativo	78	3.05	70	4.49	8	0.82	2.67
Tr rel c/ sustancias	77	3.01	25	1.60	52	5.36	2.81
Trast adolescencia	56	2.19	33	2.12	23	2.37	2.11
Trastorno angustia	50	1.96	28	1.86	22	2.27	3.81
DOC, demencia	44	1.72	29	1.86	15	1.55	1.14
distimia	42	1.64	34	2.18	8	0.82	1.28
T ansiedad generalizada	39	1.53	27	1.73	12	1.24	1.61
Trastorno sexual	35	1.37	14	0.90	21	2.16	1.16
Trastorno sueño	29	1.13	17	1.09	12	1.24	0.72
Retardo mental	28	1.10	13	0.83	15	1.55	0.68
otros diagnósticos	321	12.56	118	5.58	117	12.16	
	2.557	52,89	1.588		969		

La proporción de mujeres y hombres con 1 a 3 consultas es similar a la de la muestra total.

Hay mayor proporción en mujeres de trastornos adaptativos, depresivos, somatomorfos y disociativos, y de problemas conyugales con respecto a la muestra total.

Hay mayor proporción en hombres de trastornos de personalidad, esquizofrenia, trastornos relacionados con sustancias, trastornos sexuales y retardo mental.

Los consultantes con 1, 2 y 3 consultas, que consultan generalmente por un episodio y durante un tiempo corto, pueden distinguirse de aquellos con 4 o más consultas, que por sus necesidades de tratamiento y/o por establecer un mayor vínculo con el psiquiatra, conforman una relación y una alianza terapéutica que se mantiene a través del tiempo. Cada grupo constituye aproximadamente un 50% de los consultantes.

### III. Pacientes con 4 o más consultas

2.275 pacientes, un 47,08% del total, tuvieron 4 o más atenciones. Esta subpoblación recibió el 91,02% del total de atenciones.

Las 1.428 mujeres, un 62,7% de este grupo, ocuparon el 62,51% del tiempo de atención y recibieron el 60,09% de atenciones.

Los 847 hombres, un 37,3% de este grupo, ocuparon un 37,49% del tiempo de atención y recibieron un 39,01% de las atenciones.

El número de atenciones y el tiempo de atención en esta población es equivalente para ambos sexos, como ocurre en la muestra total.

Sus ocupaciones fueron similares a las de la muestra total, salvo por una ligera mayor proporción de profesionales y artistas.

Sus diagnósticos fueron, por sexo y en el total de esta subpoblación: (columna a derecha muestra porcentaje en muestra total).

#### DIAGNÓSTICO 4 Ó MÁS CONSULTAS

diagnóstico	mujeres		hombres		total	4 ó + cons	M. total
	n	%	n	%			
Trast personalidad	242	16.92	234	27.59	476	20.90	16.47
Trastorno adaptativo	276	19.30	99	11.67	375	16.46	22.95
Depresión mayor	128	8.95	59	6.96	187	8.21	5.61
problema conyugal	130	9.09	48	5.66	178	7.81	8.63
esquizofrenia	47	3.29	72	8.49	119	5.22	4.74
Tr angustia c/s agor	74	5.17	44	5.19	118	5.18	3.81
Trastorno depresivo	88	6.15	25	2.95	113	4.96	6.19
Trast somatomorfo	49	3.43	21	2.48	70	3.07	3.89

diagnóstico	mujeres		hombres		total	4 ó + cons	M. total
	n	%	n	%	n	%	%
Trast bipolar I y II	45	3.15	20	2.36	65	2.85	1.92
Trast rel c/sustancias	26	1.82	33	3.89	59	2.59	2.81
Trastorno disociativo	40	2.80	11	1.30	51	2.24	2.67
Trast person límite	39	2.73	12	1.42	51	2.24	1.61
Trast adolescencia	24	1.68	22	2.59	46	2.02	2.11
Trastorno delirante	23	1.61	22	2.59	45	1.98	1.43
distimia	30	2.10	13	1.53	43	1.89	1.76
Tr ansiedad generalizada	25	1.75	15	1.77	40	1.76	1.61
Tr obsesivo compulsivo	15	1.05	21	2.48	36	1.58	1.16
otros diagnósticos	129	8.99	47	5.90	144	6.32	
Total	1.430	100.00	845	100.00	2.275	100.00	

En esta población con 4 o más consultas hay mayor proporción de trastornos de personalidad, depresión mayor, esquizofrenia, trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno bipolar I y II, trastorno de personalidad límite y trastorno obsesivo compulsivo que en la muestra total.

En hombres hay mayor proporción de trastornos de personalidad, depresión mayor, esquizofrenia y trastornos delirantes, trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno bipolar I y II, trastorno relacionado con sustancias, trastorno de adolescencia y trastorno obsesivo compulsivo.

En mujeres hay mayor proporción de depresión mayor, trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno bipolar I y II, trastorno de personalidad límite y distimia.

Agrupamos en la siguiente Tabla los pacientes con 4 o más consultas según diagnóstico, el porcentaje de este diagnóstico en esta población, el tiempo de atención promedio en meses, el número de atenciones promedio y el número de episodios atendidos promedio:

(COLUMNA A DERECHA MUESTRA PORCENTAJE DE PACIENTES CON 4 O MÁS CONSULTAS EN TOTAL DE PACIENTES CON ESE DIAGNÓSTICO)

PACIENTES CON 4 Ó MÁS CONSULTAS

diagnóstico	n	%	Tatmpr	Nº atpr	Epi-spr	% del total
Trastorno adaptativo	375	16.46	15.76	8.88	1.28	33.81
Trastorno personalidad	476	20.90	32.2	22.17	1.61	59.67
Tr disociativo o convers	54	2.37	26.47	9.5	1.43	38.85
Trast person límite	51	2.24	61.71	62.9	2.59	65.38
trastorno somatomorfo	70	3.07	29.44	12.7	1.51	37.23
trastorno adolescencia	46	2.02	12.51	8.35	1.26	45.10
problema conyugal	178	7.81	23.05	12.3	1.36	45.80
trastorno sexual	21	0.92	20.31	8.86	1.48	37.50
subt psicoterapéuticos	1.271	55.87				
anorexia y bulimianorex	7	0.31	40.61	16.57	1.86	46.67
Bulimia	15	0.66	11.72	9.73	1.07	100.00
trast control impulsos	11	0.48	55.37	7.91	1.73	37.93
depresión mayor	187	8.22	41.15	17.35	1.74	69.00
trastorno depresivo	113	4.96	22.85	9.88	1.48	37.79
Distimia	43	1.89	54.33	29.84	51	50.59
trastorno bipolar I y II	65	2.85	109.02	46.09	3.27	69.57
subtotal trast est ánimo	408	17.93				
tr angustia c/s agorafob	118	5.18	39.63	21.89	2.12	65.76
tr ansiedad generalizada	40	1.76	35.62	22.28	1.69	50.00
fobia social	19	0.84	22.96	14.68	1.42	52.78
fobia específica	11	0.48	25.43	7.18	1.36	39.29
Tr obsesivo-compulsivo	36	1.58	37.33	20.94	1.86	64.29
Tr estrés post-traumático	22	0.97	14.63	8.36	1.27	48.89
Subtotal trast ansiedad	246	10.81				
esquizofrenia	119	5.22	80.41	50.58	2.97	54.55

diagnóstico	n	%	Tatmpr	Nº atpr	Epi-spr	% del total
Tr esquizofreniforme	8	0.35	21.58	15.38	1.25	38.10
Trastorno delirante	45	1.98	61.04	24.53	2	65.22
otras psicosis	13	0.57	96.48	36.19	3.61	56.52
Trast rel c/sustancias	59	2.59	24.92	14.85	1.41	43.38
otros diagnósticos	65	2.85				
Total	2.275	100.00				

En la subpoblación con más de 4 atenciones disminuyen algo los pacientes “psicoterapéuticos”: son un 55,87%, mientras en la muestra total eran un 59,77%. Aumentan en cambio los trastornos del estado de ánimo, de 15,69% a 17,93%, y los trastornos de ansiedad, de 8,88% a 10,81%.

Los mayores tiempos de atención promedio en esta población fueron para:

- trastornos bipolares: 109 meses
- trastornos delirantes, esquizofrenia y otras psicosis, entre 61 y 96 meses,
- trastornos limítrofes: 61 meses
- trastornos de control de impulsos, distímicos, alimentarios, de angustia y obsesivo compulsivo, entre 55 y 37 meses.

La mayor cantidad de atenciones promedio en esta población fueron para:

- Trastorno de personalidad limítrofe: 62,90
- Esquizofrenia: 50,58; trastornos bipolares I y II: 46,09; otras psicosis: 36,19; trastorno delirante: 24,53
- Distimia: 29,84; trastorno de ansiedad generalizada: 22,28; Trastorno de angustia con o sin agorafobia: 21,89 y trastorno obsesivo compulsivo: 20,94

Los cuadros más episódicos en esta población fueron:

- trastornos bipolares I y II con 3,27 episodios promedio
- esquizofrenia: 2,97 y otras psicosis: 3,61
- trastornos de personalidad limítrofe: 2,59
- trastornos de angustia con o sin agorafobia: 2,12 episodios.

Estos indicadores pueden darnos la idea de una gradiente de severidad o de necesidad de tratamiento de estos cuadros.

Pero creemos que también puede darse en estas dos subpoblaciones de pacientes –aquellos con 1 a 3 consultas, y los con 4 o más consultas– una distinta forma de alianza terapéutica. Luborsky, en “Alianzas de ayuda en psicoterapia” (1976) (40) postula dos fases en el desarrollo de la alianza terapéutica:

Alianza Tipo I: involucra la creencia del cliente en el terapeuta como una potente fuente de ayuda, y al terapeuta proveyendo una relación de cuidado, cálida y apoyadora. Este nivel de alianza proporciona una relación de contención en la que el trabajo terapéutico puede comenzar.

Alianza Tipo II: involucra la fe y el compromiso del cliente en el proceso terapéutico mismo, compromiso con algunos de los conceptos subyacentes a la terapia, compromiso de sí mismo, y el compartir en algún grado la propiedad de la terapia.

En los pacientes de 1 a 3 consultas probablemente operamos con la Alianza Tipo I de Luborsky, el tipo de relación que esos pacientes o el cuadro por el que consultan esperan o requieren. También influyen externalidades en la posibilidad de un tratamiento, para el acceso inicial y su continuación: –la situación económica del cliente – el costo de los servicios – la existencia de seguros y/o subsidios de salud.

3 a 5 sesiones se han postulado como “ventana” crítica para establecer la alianza terapéutica (41). Pensamos que ese número de sesiones y de contacto entre terapeuta y paciente es el que permite establecer una Alianza Tipo II de Luborsky, que sería la que puede darse con la población de 4 o más consultas.

Esto es importante cuando se requiere un proceso psicoterapéutico: Dentro de los pacientes “psicoterapéuticos” con más de 3 sesiones aquellos con trastornos adaptativos, disociativos, sexuales y de adolescencia asisten en promedio a entre 4 y 5 sesiones. El número de atenciones promedio sube a 22,8 en los trastornos de personalidad y a 51,72 en los pacientes limítrofes.

IV. Pacientes de alta Consulta. Si tomamos el 5% de pacientes con más consultas, el punto de corte fue de 36 atenciones o más.

257 pacientes, un 5,31% de la población total, tuvieron 36 atenciones o más. 149 mujeres, un 57,98% y 108 hombres, un 43,02%, diferencia por género que se estrecha con respecto a la muestra total. Su distribución por diagnóstico, el tiempo de atención en meses, el número y episodios de atención promedio fueron:

TABLA ALTA CONSULTA 36 Ó + ATENCIONES

diagnostico	n	%	T. atenc	Nº atenc	episod
trast persona- lidad	75	29.18	80.21	84.53	2.32
esquizofrenia	33	12.84	172.04	139.39	5.45
trast bipolar I y II	33	12.84	174.48	73.12	4.42
tr pers limitrofe	24	9.34	106.29	121.50	3.79
depresión mayor	17	6.61	142.62	63.88	3.88
Tr angustia c/s agoraf	15	5.84	116.18	88.87	5.13
Distimia	10	3.89	134.95	69.50	2.60
trastorno deli- rante	9	3.50	71.08	57.89	1.89
problema con- yugal	8	3.11	34.25	46.13	1.13
Tr ansiedad gralizada	6	2.33	83.70	90.00	3.17
Tr rel c/sustan- cias	6	2.33	72.43	71.00	2.50
Tr obsesivo compuls	6	2.33	83.98	61.00	2.33
Trastorno depresivo	4	1.56	50.94	53.50	2.25
Tr somatomorfo	3	1.17	135.40	84.67	4.67
Otras psicosis	3	1.17	54.02	93.00	2.33
Resto varios diagnóst	5	1.95			
Total	257	100.00			

- Los trastornos de personalidad fueron el mayor porcentaje: 29,18%. Esto tiene que ver con su atención en psicoterapia, individual y de grupo. Trabajé 8 años en psicoterapia de grupo de orientación analítica con un total de 42 pacientes. 25 de ellos con un trastorno de personalidad y 7 con estructura límite de personalidad. El tiempo promedio de atención fue de 67,6 meses para 95 atenciones promedio.
- Con mayor número de atenciones: pacientes esquizofrénicos con 139 consultas, y personalidades límite, con 121 consultas en promedio.
- Con mayor tiempo de atención: bipolares I y II, con 174 meses; esquizofrénicos, con 172 meses; depresivos mayores, con 142 meses, y personalidades límite, con 106 meses en promedio.
- Con más episodios de consulta: esquizofrénicos: 5,45 episodios; Trastornos de angustia con o sin agorafobia: 5,13; somatomorfos: 4,67; trastornos bipolares I y II: 4,42; depresivos mayores: 3,88 y trastornos límite de personalidad: 3,79.

La distribución por sexo de algunas patologías en la muestra total fue:

diagnóstico	mu- jeres	%	hom- bres	%	total
esquizofrenia	79	38.28	130	61.72	209
Depresión mayor	130	70.65	54	29.35	184
Tr bipolar I y II	59	64.13	33	35.87	92
Tr obsesiv compuls	29	51.79	27	48.21	56
Tr relac sustancias	51	37.50	85	62.50	136
Trast personalidad	404	50.75	392	49.25	796
Tr pers límite	58	74.35	20	25.65	78
Tr disociat o conversiv	118	84.90	21	15.10	139
Problema conyugal	300	71.94	117	28.06	417
Trastorno depresivo	214	71.57	85	28.43	299
Trastorno delirante	32	46.38	37	53,62	69

En hombres: hubo mayor proporción de consulta por trastornos relacionados con sustancias, esquizofrenia y trastornos delirantes. Igualaron en número a las mujeres en trastorno obsesivo compulsivo y trastorno de personalidad.

En mujeres: hubo mayor consulta por trastornos disociativos o conversivos, trastornos de personalidad límite, depresión mayor, trastornos depresivos y problemas conyugales.

Los trastornos bipolares consultaron en la misma proporción de la muestra.

Requerimientos de atención. Quisimos también comparar los requerimientos de atención que suponen algunas patologías de la muestra total, en cuanto a promedios de tiempo de atención en meses, número de atenciones y episodios:

Diagnóstico	n	%	Tatmpr	Nº atrp	Epispr
depresión mayor	186	3.85	9.29	5.58	1.08
depr mayor recurr	68	1.41	79.40	23.56	2.78
trast adaptativo	1.109	22.95	6.84	4.13	1.12
trastorno angustia	109	2.26	16.51	8.28	1.41
trastorno bipolar I	63	1.30	97.38	40.54	2.98
trastorno bipolar II	29	0.60	29.55	15.00	1.72
esquizofrenia	209	4.33	45.01	28.18	2.11
trast personalidad	796	16.47	20.42	13.96	1.38
tr person límite	78	1.61	41.82	41.63	2.05



Pacientes con un trastorno adaptativo requerirán 4 sesiones, en 7 meses.

Una depresión mayor no recurrente supone 9,3 meses de atención y 5,6 atenciones en promedio. Si la depresión es recurrente supondrá 23,6 consultas, en 2,8 episodios, a lo largo de 80 meses.

Un trastorno bipolar I tendrá 3 episodios en promedio, a lo largo de 97 meses, con 40,5 atenciones promedio.

Un paciente esquizofrénico tendrá 2,1 episodios en 45 meses, y recibirá 28,2 atenciones.

Un trastorno de personalidad límite tendrá 2 episodios en 41,8 meses, y recibirá 41,6 atenciones en promedio.

Los diagnósticos por estado civil se agruparon como sigue:

1. Los consultantes casados y convivientes, vale decir, con pareja estable, un 46,65% de la muestra total, consultan más por situaciones propias de su estado conyugal como problemas conyugales, trastornos sexuales y depresiones puerperales. Pero también concentran consultas por depresión mayor, trastornos delirantes, trastorno adaptativo, somatomorfo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de angustia con agorafobia y trastorno por estrés posttraumático. Y presentan menos trastornos de personalidad, trastorno límite de personalidad, trastornos obsesivo compulsivos, fóbicos, disociativos, alimentarios y de control de impulsos; y mucho menos esquizofrenia y otras psicosis; y algo menos de trastorno bipolar que la muestra total.
2. Los solteros, un 39,71% de la muestra total, presentan más trastornos de personalidad y trastorno de personalidad límite, trastorno disociativo y conversivo, trastornos alimentarios y de control de impulsos; trastorno de angustia, fobia específica y fobia social y trastorno obsesivo compulsivo que la muestra total. Más esquizofrenia y trastorno esquizofreniforme y otras psicosis, pero menos trastornos delirantes. Y casi todos los retardos mentales. Presentan menos trastornos adaptativos y ansiedad generalizada. Presentan muy poca depresión mayor y trastornos somatomorfos. Los adolescentes presentan crisis de adolescencia.
3. Los separados, anulados, divorciados, un 10% de la muestra, concentran trastornos somatomorfos, trastornos del sueño, trastornos relacionados con sustancias y distimia. Consultan también por problemas conyugales o de pareja. Y presentan menos cuadros ansiosos, esquizofrénicos o delirantes.

4. Los viudos, un 3,64% de la muestra, concentran demencias y DOC, trastornos del estado de ánimo, especialmente depresión mayor, y trastornos somatomorfos. Y presentan menos trastornos de personalidad.

Mis agradecimientos a la ingeniera civil Eliana Matamala C. por su labor en la confección de la base de datos y en la elaboración de éstos.

## REFERENCIAS

1. Vicente B. Registro Acumulativo de Casos de esquizofrenia. Trabajo presentado al LX Congreso de SONEPSYN, Chile, 2005
2. Baca Baldomero, E. Indicadores de Efectividad en la evaluación de servicios psiquiátricos. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 1991; 11: 93-101
3. Tansella M, Burti L. Integrating evaluative research and community-based mental health care in Verona, Italy. *Brit J Psychiatry* 2003; 183: 167-169
4. Lichtenberg P, Kaplan Z, Grinshpoon A, Feldman D, Nahon D. The Goals and Limitations of Israel's Psychiatric Case Register. *Psychiatr Serv* 1999; 50: 1043-1048
5. Hailey A, Wing L, Wing JK. Camberwell psychiatric Case Register J. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiol* 1970; 5(4)
6. Kastrup M. The use of a psychiatric register in predicting the outcome "revolving door patient". A nation-wide cohort of first time admitted psychiatric patients. *Acta psychiatr Scand* 1987; 76(5): 552-560
7. Griffin J, Cicchetti D, Leaf P. Characteristics of Youths Identified From a Psychiatric Case Register as First-Time Users of Services Hosp Community Psychiatry 1993; 44: 62-65
8. Amaddeo F, Beecham J, Bonizzato P, Fenyó A, Knapp M, Tansella M. The use of a Case Register to evaluate the costs of psychiatric care. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 95(3): 189-198
9. Amaddeo F, Beecham J, Bonizzato P, Fenyó A, Tansella M, Knapp M. The costs of community based psychiatric care for first-ever patients. A case register study. *Psychol Med* 1998; 28: 173-183
10. Saldivia S, Torres F, Luna JD, Vicente B. El costo de los cuidados comunitarios. *Rev GU* 2006; 2; 1: 75-81
11. Moreno B, Cervill J, Luna JD, Torres F. Pattern of Care for Schizophrenia Patients in Granada (Spain): A Case Register Study. *Intern J Social Psychiatry* 2007; 53(1): 5-11
12. 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
13. Florenzano R, Perales P, González I, Artero M, Del Río B, Mandujano I. Evaluación de la eficacia del tratamiento ambulatorio en la unidad de Triage del Servicio de Psiquiatría del Hospital del Salvador. *Psiquiatría y Salud Mental* 2005; XXII, Nº 1-2: 43-52
14. Almonte C, Ulloa F. Estructura de morbilidad psiquiátrica en niños adolescentes menores de 15 años atendidos en el Servicio de Salud Mental Infantil del Hospital Roberto del Río. *Rev Psiquiatría* 1992; IX /1: 1061-1070
15. Ojeda C, Leiva F. Perfil clínico terapéutico de las alteraciones afectivas: Consulta ambulatoria, Hospital Psiquiátrico. *Rev. Psiquiatría* 1987; IV /4: 299-330
16. Schürch F. Características de la población consultante en un servicio de urgencia psiquiátrico. *Rev Chil de Neuropsiquiatría* 1985; Vol. XXIII/1: 29-37
17. Roizblatt A, Humphrey D, Fullerton C. Estudio de morbilidad de pacientes atendidos en una Unidad de Salud Mental de un Consultorio de Atención Primaria. *Rev. Psiquiatría* 1993; X/4: 33-38

18. Eisele M. Trente ans de psychiatrie de ville. Evolution des pratiques et des idées à partir d'un exemple personnel. *Psychiatrie Française* Vol XXX, N° 1, Mars 99: Le psychiatre et son patient
19. Vicente B, Rioseco P, Saldivia S, Kohn R, Torres S. Estudio chileno de prevalencia de patologia psiquiátrica (DSM-III-R /CIDI) (ECCP). *Rev Med Chile* 2002; 130(5)
20. Rioseco P, Vielma M, Vicente B, Medina E, Escobar B, Saldivia S *et al.* Prevalencia de vida de algunos trastornos psiquiátricos en la Provincia de Santiago. *Rev Psiquiatría* 1994; 11: 193-200
21. Vicente B, Rioseco P, Vielma M, Uribe M, Boggiano G, Torres S. Prevalencia de vida de algunos trastornos psiquiátricos en la provincia de Concepción. *Rev Psiquiatría* 1992; 9: 1050-1060
22. Vicente B, Saldivia S, Rioseco P, Vielma M, Escobar B, Medina E *et al.* Trastornos psiquiátricos en diez comunas de Santiago: Prevalencia de seis meses. *Rev Psiquiatría* 1994; 11: 201-210
23. Vicente B, Rioseco P, Saldivia S, Madariaga C, Vielma M, Muñoz M *et al.* Prevalencia de vida y de seis meses de algunos trastornos psiquiátricos en la población de 15 años y más de la provincia de Iquique. *Rev Psiquiatría* 1998; 15: 59-69
24. Vicente B, Rioseco P, Vielma M, Boggiano G, Silva L, Saldivia S. Prevalencia de vida y seis meses de algunos trastornos psiquiátricos en la provincia de Cautín-Chile. *Rev Psiquiatría* 2000; 17: 75-86
25. Araya R, Rojas G, Fritsch R, Acuña J, Lewis G. Common mental disorders in Santiago, Chile: prevalence and socio-demographic correlates. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 228-233
26. Simon G, Unützer J, Young B, Pincus H. Large Medical Databases, Population-Based Research, and Patient Confidentiality. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 1731-1737
27. Hyman SE. The Needs for Database Research and for Privacy Collide. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 1723-1724
28. Appelbaum PS. Protecting privacy while facilitating research (editorial). *Am J Psychiatry* 2000; 157: 1725-1726
29. Goldman M. Use of Psychiatric Records. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 1744-1745
30. Pichot P, Allilaire JF. Sur la pratique de la psychothérapie. Le groupe de travail sur la pratique de la psychothérapie. *L'Académie de Médecine*. 1/7/ 2003
31. Nash HC, Nevid JS. Impact of therapist influence tactics on therapeutic alliance. Paper presented at the Annual convention of the American Psychological Association, Washington DC, 2000
32. Bachelor A, Horvath A. The therapeutic Relationship. In M.A. Hubble, B.L. Duncan & S.D. Miller (Eds.) *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 133-179). Washington DC: American Psychological Association, 1999
33. Racy JC. Integration of Psychotherapy and Pharmacotherapy *Psychiatric Times* June 1995 Vol. XII Issue 6
34. Lerner Y. Utilization patterns of community mental health services by newly referred patients. *Soc Psychiatry Epidemiol* 1993; 28(1): 17-22
35. Reder P, Tyson RL. Patient dropout from individual psychotherapy: A review and discussion. *Bulletin of the Menninger Clinic* 1980; 44: 3
36. Fernández E, Larre MC, Rodríguez AJ. Sobre el abandono del tratamiento en tres centros de Salud Mental. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr* 1996; 16(58): 213-234
37. Castañeda I. Estudio sobre el abandono de la demanda de tratamiento en un equipo de salud mental. *Maristan* 1992; 1(3): 25-32
38. Chen A. Noncompliance in Comunitary Psychiatry: A review of clinical interventions. *Hosp Com Psychiatry* 1991; 42: 282-287
39. Jo T, Almaso S. Abandono del tratamiento en una consulta externa de psiquiatría y psicología clínica. *Hosp Centro Salud Mental "El Peñón"*. Venezuela. [http://www.portalesmedicos.com/mo-nografias/abandono\\_tratamiento/index.htm](http://www.portalesmedicos.com/mo-nografias/abandono_tratamiento/index.htm)
40. Luborsky L. Helping alliances in psychotherapy. In J.L. Cleghorn (Ed.), *Successful psychotherapy* (pp 92-116). New York: Brunner/Mazel 1976
41. Horvath AO, Symonds BD. Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology* 1991; 38: 139-149

## INVESTIGACIÓN CLÍNICA

# ALOPECÍA AREATA Y PERSONALIDAD

(Rev GPU 2007; 3; 3: 353-359)

Edwin Krogh<sup>1</sup>, Viviana Matus<sup>2</sup>, Alfonso León<sup>3</sup>, Ety Rapaport<sup>4</sup>, Iván Armijo<sup>4</sup>

El propósito de la presente investigación fue describir la estructura de personalidad, los rasgos de personalidad y la comprensión dinámica de personas que presentan Alopecia Areata (AA). El diseño de investigación fue eminentemente exploratorio. A 10 participantes con AA se les aplicaron dos entrevistas clínicas, Test de Rorschach y el Cuestionario Desiderativo, datos sobre los cuales se realizó un análisis clínico. Se constató un perfil común de la muestra estudiada, caracterizado por presentar una estructura de personalidad neurótica, con estilo de personalidad del tipo obsesivo, asociada a un Superyo exigente, dificultad para la adecuada canalización de afectos agresivos y presencia de angustia persecutoria y de pérdida. La presencia de eventos estresantes previos a la AA está presente en todos los evaluados. Es posible observar la concordancia entre la dinámica psicológica observada y el concepto de *estructura psicossomática* propuesto por Joyce McDougall. Las limitaciones metodológicas y de validez estadística hacen necesario investigar los fenómenos estudiados en un número mayor de individuos y con instrumentos de entrevista sistematizados. Se constata la relevancia de incorporar la terapia psicológica y/o psiquiátrica al tratamiento de esta enfermedad.

## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades llamadas psicossomáticas tienen una alta prevalencia en la población general y representan un importante motivo de consulta en los sistemas de atención de salud.

Existe consenso en entender la enfermedad psicossomática como una disfunción orgánica manifiesta, ligada con la estructura de personalidad, con la historia vital y con el contexto social del individuo, afectando la aparición, curso y final de la enfermedad (1, 2).

La AA es una enfermedad dermatológica benigna caracterizada por la caída espontánea de cabello en una zona de la superficie corporal, principalmente en el cuero cabelludo, secundaria a un proceso inflamatorio de los folículos pilosos. La patogénesis de la AA es aún desconocida. Entre los muchos factores sugeridos en su desarrollo se plantea la presencia de un proceso autoinmune no específico y órgano-específico. Existe evidencia empírica que apoya la idea de que la AA cumple con características para ser considerada como un trastorno psicossomático (3-6).

<sup>1</sup> Instituto de Neurociencias Clínicas, Universidad Austral de Chile.

<sup>2</sup> Hospital Las Higueras, Talcahuano.

<sup>3</sup> Estudiante de Medicina, Universidad Austral de Chile.

<sup>4</sup> Escuela de Psicología, Universidad del Desarrollo.

La AA ha sido estudiada en varias publicaciones desde el punto de vista clínico, inmunológico y genético, sin embargo los estudios que se abocan a relacionar esta enfermedad con factores psicológicos son aún escasos (3).

Realizar esta investigación resulta, entonces, relevante considerando las repercusiones que tiene la aparición de AA en las personas que la presentan y además por la escasa cantidad de estudios existentes sobre el tema.

La comprensión más profunda de la etiopatogenia de la enfermedad, el mayor conocimiento de los niveles descriptivo, estructural y dinámico de las personas que presentan AA podría permitir una aproximación psicoterapéutica más eficiente, exitosa y basada en un conocimiento más riguroso.

El objetivo general de esta investigación es describir la estructura de personalidad, el estilo de personalidad y la dinámica psicológica de las personas que presentan AA.

Los objetivos específicos de la investigación son:

1. Describir los cinco ejes del diagnóstico del DSM-IV en pacientes que presentan AA.
2. Describir las tres dimensiones de la estructura de personalidad (Identidad y Relaciones Objetales, Mecanismos Defensivos y Examen de la Realidad), así como el Estilo de personalidad en personas que presentan AA.
3. Realizar diagnóstico dinámico de las personas que presentan AA, el cual incluye el conflicto actual y genético.

De esta forma se realizará de cada sujeto un diagnóstico descriptivo, dinámico y estructural.

## FUNDAMENTOS TEÓRICOS

El presente trabajo se sustenta sobre algunos conceptos psicoanalíticos para realizar el análisis clínico. El primero es el de estructura de personalidad. Kernberg (7) propone aplicar a las estructuras psíquicas predominantes una categorización en tres organizaciones estructurales amplias de la personalidad: neurótica, limitrofe y psicótica. Estas configuraciones de estructuración de la personalidad son la cristalización de la reunión de factores genéticos, constitucionales, bioquímicos, psicodinámicos, familiares y psicosociales que se conforman en un tipo de estructura personal. El autor plantea que estas organizaciones de la personalidad se reflejan en tres ámbitos esenciales: a) su grado de integración de la identidad, b) los tipos de operaciones

defensivas predominantes, y c) su capacidad para la prueba de realidad.

El segundo concepto que sustenta el análisis en el presente estudio es el de estilos de personalidad. McWilliams (8) resume e integra los variados conceptos psicoanalíticos acerca de los principales tipos de personalidad. Para cada uno de esos tipos explora los afectos característicos, temperamento, organización del desarrollo, defensas, procesos adaptativos, y los fenómenos de transferencia y contratransferencia. Los estilos de personalidad propuestos por esta autora son: Psicopático (antisocial), Narcisista, Esquizoide, Paranoide, Depresivo, Masoquista, Obsesivo-Compulsivo, Histérico y Disociativo.

El tercer concepto utilizado es el de hipótesis dinámica, entendida como “un esbozo reconstructivo de la historia dinámica del paciente, un intento de comprensión global de su psicopatología que tiende a incluir todas las perturbaciones de aquél que nos sean conocidas y que se constituye a partir de los datos que aportan las primeras entrevistas y el Psicodiagnóstico” (9).

## MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo, tipo “Estudio de Casos”, utilizando una metodología mixta con énfasis en los elementos cualitativos y cuantitativos del diagnóstico clínico. El diseño de investigación fue de tipo no experimental, transversal y descriptivo (10).

Los participantes fueron 10 sujetos de ambos sexos, con edad entre los 25 y los 50 años, que padecían AA en cualquiera de sus presentaciones clínicas al momento de la evaluación, diagnosticados por dermatólogo y que aceptaron participar voluntariamente en la investigación.

Fueron criterios de exclusión la presencia de psicosis aguda y retraso mental de cualquier grado, por las limitaciones a la adecuada aplicación de los instrumentos incluidos en el estudio.

Se utilizó un muestreo no probabilístico, de tipo intencionado o deliberado.

Los instrumentos de medición utilizados fueron los siguientes:

- Entrevista clínica semiestructurada: La pauta de entrevista clínica fue diseñada en torno a dos ejes: el primero es el modelo planteado por O. Kernberg (11). Fue realizada por un psicoterapeuta acreditado. Se exploró a través de preguntas e interpretaciones la psicopatología y las dimensiones de la estructura de personalidad, es decir, identidad y relaciones interpersonales, defensas y prueba de

realidad. El segundo eje incluyó un análisis de los contenidos observados en el relato del sujeto para construir una comprensión de la dinámica psicológica e histórica de los evaluados.

- Test Psicodiagnóstico de Rorschach: El análisis de los resultados se realizó utilizando como modelo el “Manual de Administración y Tabulación del Test de Rorschach” desarrollado por Ety Rapaport (12).
- Cuestionario Desiderativo: El cuestionario desiderativo es un Test proyectivo de evaluación psicológica. La finalidad del Test es tener una comprensión dinámica de los aspectos valorados y rechazados del funcionamiento yoico del evaluado. Se utilizó para el análisis de los resultados el modelo planteado por Ocampo y Friedenthal (13).

Los instrumentos han sido focalizados para evaluar aquellos ámbitos que permitan realizar un diagnóstico descriptivo, estructural y dinámico de cada participante.

Se solicitó a especialistas Dermatólogos la derivación de sujetos que presentan AA. Para ello se solicitó firma de consentimiento informado.

A cada sujeto se le realizaron 4 entrevistas:

- Primera: a través de entrevista semiestructurada elaborada para el propósito de la investigación.
- Segunda entrevista: aplicación Test Psicodiagnóstico de Rorschach y aplicación Cuestionario Desiderativo.
- Tercera entrevista: profundización o aclaración de aquellos aspectos que no estuvieron suficientemente claros luego de la entrevista clínica y/o Rorschach.
- Cuarta entrevista: devolución de la información obtenida al sujeto.

Una vez recopilados los datos se procedió al análisis de los resultados, que incluyó: el análisis de los Test proyectivos y el análisis cualitativo de la entrevista clínica semiestructurada. Bajo la guía de las observaciones obtenidas en la entrevista clínica se buscaron las concordancias entre éstas y las obtenidas a través de los Test proyectivos. La coincidencia de ambas planteaba una categoría descriptible. Para el análisis de cada caso se confeccionó una ficha estructurada que incluyó los distintos ámbitos estudiados, con la finalidad de establecer un juicio clínico global. Dicho análisis fue contrastado sucesivamente por un investigador externo que no participó en las evaluaciones. Se informó y explicó a los participantes sobre los propósitos del estudio, se realizó firma de consentimiento informado y se cauteló la confidencialidad y anonimato de los parti-

cipantes durante toda la investigación. La aplicación de instrumentos y realización de entrevistas se llevaron a cabo por los investigadores.

## RESULTADOS

Dentro de los resultados que aparecieron con mayor regularidad se encuentra el que todos los sujetos evaluados establecieron una conexión entre su enfermedad y situaciones de pérdidas subjetivas significativas, a través de una relación temporal entre el evento y el inicio de la enfermedad, pero sin una conexión emocional entre el(los) evento(s) y la AA (100%).

Las personas evaluadas presentan la creencia de que la AA es una enfermedad infecto-contagiosa (60%), que se acompaña de sentimientos de vergüenza (80%).

Al examen mental lo que aparece con mayor frecuencia es la dificultad para profundizar en aquellos temas que los afectan emocionalmente (70%), evidenciando escasa capacidad para expresar los afectos. Además, un pensamiento y lenguaje con tendencia al detallismo (70%), ansiedad flotante (70%), así como una actitud demandante hacia el entrevistador (70%).

Dentro de los antecedentes pasados relevantes se encontró el haber vivido durante la infancia con ambos padres (100%), vivencia de una relación ambivalente y poco contenedora por parte de los padres, apreciándose una figura paterna autoritaria y distante, y figura materna débil o bien autoritaria, centrados en el trabajo y en establecer límites conductuales a los hijos, sin una mayor consideración de la expresión de afectos (90%).

En la historia actual apareció una relación de pareja disfuncional (80%) y el haber vivido alguna situación de pérdida significativa (100%).

El análisis del Test de Rorschach arrojó una marcada tendencia a percibir la realidad con predominio de aspectos subjetivos y una percepción interferida por la angustia (90%). El funcionamiento afectivo se caracterizó por una alta sensibilidad afectiva (60%) ante su entorno y alta responsividad frente a la información emocional (80%), con una marcada tendencia a dar respuestas afectivas lábiles e inestables (80%). Además un bajo control de los impulsos (90%). En el modo de vivenciar la realidad apareció una intensa afectación emocional, así como una dificultad para la expresión de los afectos y como dificultad en el manejo de éstos (80%). En todos los sujetos aparece un alto nivel de angustia, con carácter de pérdida y con tinte persecutorio (100%). En el área de las relaciones interpersonales apareció una consideración secundaria de

las necesidades de los demás y una falta de integración de la energía impulsiva a la estructura de personalidad (80%). Dentro de las defensas predominantes se encontraron la represión, formación reactiva, proyección y disociación, principalmente ideo-afectiva con el consiguiente aislamiento del afecto.

En relación a los resultados obtenidos en el Cuestionario Desiderativo destacó la presencia de rechazo a los impulsos agresivos y sexuales (90%).

El análisis clínico, a nivel descriptivo, mostró que los sujetos evaluados presentaban mayoritariamente sintomatología ansiosa, como inquietud motora, expectación ansiosa, ansiedad flotante, insomnio, entre otros (80%). Otro ámbito que aparece con regularidad son los síntomas depresivos, como anhedonia, apagamiento, desvitalización, entre otros (60%).

La totalidad de los sujetos presentó predominio de rasgos obsesivo (Eje II DSM-IV), dentro de lo que se observan los siguientes rasgos en forma más frecuente: contenidos (90%), controladores (80%), exigentes (80%), reservados (70%), serios y formales (70%), cautelosos y desconfiados (60%) y baja tolerancia a la frustración (60%).

Con respecto a la evaluación del funcionamiento general (Eje V DSM-IV), los sujetos evaluados presentan un nivel de funcionamiento entre un 55 y un 65% de la escala GAF del DSM-IV.

Dentro del nivel estructural del análisis clínico, la totalidad de los sujetos evaluados presentaron una organización de la personalidad de nivel neurótico.

Esto es, la presencia de una identidad integrada con límites estables, un examen de realidad con predominio de aspectos subjetivos y un estilo defensivo con sesgo obsesivo, que recurre a la represión, formación reactiva, proyección, disociación y aislamiento, en forma predominante.

El estilo de personalidad que aparece regularmente en todos los sujetos evaluados es el estilo obsesivo.

En el nivel dinámico del análisis clínico se aprecia una relación ambivalente con las figuras parentales y presencia de una conciencia moral muy estricta y exigente. Además, aparece intenso temor a la agresión de los otros como respuesta frente a intensa rabia sentida, asociado a angustia persecutoria. Por otra parte, aparece en forma reiterada conflictiva en la relación diádica y/o en relación de pareja, asociado a angustias de separación y pérdida.

## DISCUSIÓN

El presente trabajo tiene un carácter eminentemente exploratorio, que busca una aproximación al estudio

de la relación posiblemente existente entre AA y personalidad, por lo que la discusión se enmarca en este contexto.

Como objetivo general y principal de la presente investigación se planteó lograr un diagnóstico descriptivo, dinámico y estructural de cada uno de los participantes de la investigación. Este objetivo fue logrado en los casos estudiados.

Los resultados obtenidos permiten sugerir un perfil común en los sujetos evaluados que presentan AA. Este perfil se caracteriza, en lo nuclear, por presentar una estructura de personalidad neurótica, con un estilo de personalidad de tipo obsesivo, asociada psicodinámicamente a una conciencia moral exigente, dificultad para la adecuada canalización de afectos agresivos y presencia de angustia persecutoria y de pérdida.

A nivel descriptivo es posible observar que la presencia de eventos vitales estresantes en los meses y años que anteceden a la aparición de la enfermedad alopecica es un elemento común para todos los evaluados. En la mayoría de los casos son situaciones de estrés mantenido por periodos prolongados, fenómeno observado también en otras investigaciones (4, 5). Es posible hipotetizar que estos eventos participan como precipitantes ocultos e inconscientes de la conflictiva intrapsíquica y facilitan, sobre una predisposición genética e inmunológica, la aparición de AA.

La aparición de un deterioro significativo en el funcionamiento global (eje V del DSM-IV) de cada evaluado debe hacer plantear la hipótesis de que cada uno de los demás ejes del diagnóstico descriptivo participa de forma reconocible y asociada en el detrimento del funcionamiento en distintos ámbitos del quehacer de la persona afectada (14).

A nivel dinámico es posible destacar que no existe acuerdo entre los diferentes autores respecto del significado del síntoma psicósomático (15). Algunos plantean que no tendría un significado simbólico y otros, a su vez, plantean que sí habría un significado simbólico que la persona que presenta el síntoma psicósomático no es capaz de identificar (16). En el caso de los sujetos del presente estudio, todos son capaces de establecer una relación general con evento(s) estresante(s) vivido(s) por ellos, aun cuando no pueden reconocer el significado emocional de dicha relación.

Un aspecto posible de comentar a nivel de análisis dinámico es la correlación existente entre estrés y angustia. La idea de *estrés* es un término profundamente enraizado en las ciencias psicológicas y médicas (Seyle, 1936). Representa los cambios fisiopatológicos y psicológicos observados ante el aumento de la demanda objetiva y subjetiva sobre un individuo. Por otro lado

Freud sostiene que el Yo es “ante todo un Yo corporal” y que “asume la *angustia* ante él como un síntoma” (17), lo cual también puede ser comprendido como aquellos cambios fisiopatológicos y psicológicos asociados al aumento de una demanda objetiva y subjetiva sobre el individuo. No es posible comprender el estrés sin un significado particular para quien lo vive. La angustia, desde la visión psicodinámica, siempre está trenzada con un significado personal enraizado en la historia vital. En la presente investigación *es posible redefinir el estrés como angustia* y, por lo tanto, ésta está estrechamente asociada al desarrollo de síntomas psicósomáticos como AA.

Desde el punto de vista estructural se observa que, utilizando los planteamientos de Kernberg, los sujetos de la muestra presentan en su totalidad una organización de la personalidad neurótica. Esto se pone de manifiesto a través de una dificultad para integrar la energía impulsiva, especialmente los afectos hostiles al resto de la estructura de personalidad y por el uso de la represión de estos impulsos como defensa principal, bajo el mandato de un Superyo punitivo, exigente y estricto. El resto de las defensas utilizadas brindaría el sesgo característico de la estructura neurótica. La dificultad para la adecuada canalización de afectos agresivos representa un área importante de considerar al momento de intervenir psicoterapéuticamente en este grupo de pacientes.

Cabe destacar que el concepto de estructura de personalidad propuesto por Kernberg es útil para la clasificación de la personalidad en los ámbitos neurótico, limítrofe y psicótico (11). Sin embargo, no logra distinguir satisfactoriamente entre una personalidad con estructura psicósomática de una neurótica. Las personas con tendencia psicósomática se “comportan y viven” como neuróticos, pero presentan estructuralmente varias diferencias relevantes (18).

De acuerdo a la presente investigación, es posible sugerir que el significado expresivo de la enfermedad alopecica estaría presente, pero que no estaría al alcance de la comprensión consciente de la persona que lo presenta. Esta observación es concordante con los planteamientos de McDougall, cuando sugiere que aunque las enfermedades psicósomáticas no tienen aparente significado simbólico, se presentan, sin embargo, vinculadas a una estructura de personalidad, a circunstancias de vida y a la historia del paciente, en conexión con situaciones dolorosas o excitantes (16). Es posible hipotetizar que las personas evaluadas que padecen AA presentan lo que la autora denomina una *estructura psicósomática* (19), en la cual se produciría una ruptura radical entre soma y psique, de manera

que los mensajes amenazantes (de pérdida de algo valioso, de pérdida de la propia estima, del sentimiento de identidad, entre otros) no se transmiten por los eslabones simbólicos del pensamiento verbal, o sea, por las representaciones de la palabra. En vez de ello se registran únicamente representaciones inconscientes de experiencias y relaciones que proporcionan respuestas somáticas directas. Se constata que en todas las personas participantes en la investigación existe desde el punto de vista psicodinámico, un evento vital vivido como una pérdida significativa. Por lo tanto, es posible sugerir, desde el punto de vista comprensivo, que la aparición de AA representa, por una parte, un fenómeno expresivo que actualiza en la pérdida del cabello la pérdida de un objeto interno valioso, enlazado a fantasías de que ello ocurra por la presencia de marcados impulsos agresivos hacia ese objeto. Por otra parte este objeto está vinculado a una representación del sí mismo, otorgándole sustento, continuidad e integridad, lo que condiciona una regresión, desarrollando un estilo predominantemente obsesivo mediante el sometimiento del Yo al Superyo, por amor al objeto amado.

Desde el punto de vista metodológico es posible señalar que la investigación cualitativa no pretende generalizar sino “comprender e interpretar” (20). El presente estudio es una investigación del tipo “Estudio de Casos” que incorpora la metodología cualitativa de forma relevante. Fue difícil conformar la muestra clínica por la baja prevalencia de AA y por ser pocas las personas dispuestas a participar en el estudio.

La validez del estudio se sustenta sobre algunos métodos utilizados en el proceso investigativo, tales como la triangulación ex-ante, durante y ex-post y mediante la saturación y negociación, lo que se realizó revisando y analizando en varias ocasiones, en forma independiente cada uno de los investigadores y junto con el evaluado, los datos obtenidos (20).

Resulta interesante contrastar los resultados obtenidos por esta investigación y aquellos obtenidos por otros estudios que investigan la relación entre AA y personalidad. Los demás estudios, si bien son escasos, son contradictorios, no pudiendo ninguno de ellos definir un perfil de personalidad de las personas que padecen AA (21). La presente investigación sugiere un perfil de personalidad y una psicodinamia distintivos. Esta diferencia puede estar dada porque las demás investigaciones realizaron un análisis únicamente descriptivo y estadístico de las personas que padecen AA, y la presente abarcó un análisis de ámbitos descriptivo, estructural y dinámico. A nivel descriptivo es posible encontrar una amplia variabilidad sintomática y de rasgos de perso-

nalidad, por lo tanto, una amplia variabilidad de resultados. Pero si se incluye un análisis estructural y psicodinámico es posible identificar los patrones comunes subyacentes en cada uno de los casos evaluados, lo que puede explicar la mayor uniformidad diagnóstica en los casos estudiados.

Las entrevistas de evaluación realizadas a los participantes del estudio se centraron principalmente en el síntoma psicósomático en estudio, pudiendo no haber detectado otros síntomas psicopatológicos posiblemente presentes en los sujetos.

Es posible plantear que la utilización de un instrumento referencial de entrevista clínica estandarizado y validado, como el Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD) o el Core Conflictual Relationship Theme (CCRT) podría haber mejorado la confiabilidad de los diagnósticos descriptivos, dinámicos y estructurales obtenidos (22).

Es necesario complementar en próximas investigaciones el simbolismo que tiene el pelo para los afectados y los aportes que la antropología puede entregar, de modo de aportar con esto a una mejor comprensión tanto a nivel teórico como también para el diseño de estrategias terapéuticas de este grupo de pacientes.

Los resultados obtenidos en la presente investigación sugieren un perfil de las personas que padecen AA. Sin embargo, para la validación exhaustiva de dicho perfil es necesario realizar investigaciones que incluyan un número mayor de sujetos y la realización de evaluaciones más estandarizadas. Los resultados descritos en el presente estudio plantean el desafío de corroborar si la constelación dinámica descrita es específica para las personas que presentan AA y si la explicación psicodinámica propuesta representa un “mejor” modelo comprensivo de la vertiente psicológica de la etiopatogenia de la enfermedad.

Las investigaciones revisadas y la presente permiten sostener que el compromiso psicológico asociado a AA es relevante para las personas que lo padecen (23). Resulta así imprescindible incorporar la terapia psicológica y/o psiquiátrica al tratamiento de las personas que presentan esta patología.

La convergencia de evidencia de diferentes series de datos –clínicos, experimentales, biológicos y epidemiológicos– proveerá el mejor soporte para la comprensión global y empírica de esta afección.

Se espera que con la presente investigación se haya podido profundizar en la comprensión del fenómeno psicósomático y, particularmente, de la AA.

Asimismo, se espera que los resultados obtenidos contribuyan a un entendimiento más acabado de los

fenómenos psicológicos que rodean esta enfermedad y que dicho conocimiento permita el diseño de estrategias de intervención psicológica eficiente y exitosa que complemente el tratamiento dermatológico y que amiore el sufrimiento de aquellos que la padecen.

## REFERENCIAS

1. Békei M. *Trastornos psicósomáticos en la niñez y la adolescencia*. Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1994
2. Feldfogel D, Zimerman A. (compiladores) *El psiquismo del niño enfermo orgánico*. Editorial Paidós, Buenos Aires-Barcelona, 1991
3. Gieler U. Recent Research in Psychosomatic Dermatology. *Dermatology Psychosomatics* 2001; 2: 60-61
4. Gupta M, Gupta A, Watteel G. Stress and alopecia areata: a psychodermatologic study”, *Acta Dermatologica Veneorologica* 1997; 77(4): 296-8
5. Brajac I, Tkalcic M, Dragojevic D, Gruber F. Roles of Stress Perception and trait-anxiety in the onset and course of alopecia areata, *Journal of Dermatology* 2003; 30(12): 871-878
6. Misery L, Rousset H. Is Alopecia Areata a Psychosomatic Disease? *Dermatologie* 2003; 3: 23–27
7. Kernberg O. *Trastornos graves de la personalidad*. Ed. Manual Moderno, Buenos Aires, 1976
8. McWilliams N. *Psychoanalytic Diagnosis: Understanding Personality Structure*. The Guilford Press. New York, 1994
9. Braier E. *Psicoterapia Breve*. Ed. Nueva Visión, Buenos Aires, 1981
10. Buendía L, Colás P, Hernández F. *Métodos de Investigación en Psicopedagogía*. Mc Graw-Hill, Madrid, 1998
11. Gomberoff L. *Otto Kernberg, Introducción a su obra*. Ed. Mediterráneo, Santiago, 1999
12. Rapaport E. Manual de administración y tabulación del test de Rorschach, Escuela de Psicología, Universidad Católica de Chile
13. Ocampo Y Friedenthal. Técnicas Proyectivas y el Proceso Psicodiagnóstico. Presentación en el Segundo Congreso Argentino de Psicología, San Luis, 1965
14. Ruiz-Doblado S, Estepa-Zabala M, García-Solier M, García-Hernández M. Alopecia Areata and Psychiatric Disorders: an Association Often Overlooked and Left Untreated, *Dermatology Psychosomatics* 2004; 5: 167-171
15. Panconesi E, Argentieri S. Epistemological Aspects of Psychosomatic Dermatology. *Dermatology Psychosomatics* 2000; 1: 53-55
16. Mc Dougall J. *Teatros del Cuerpo*. Editorial Julián Yébenes, España, 1995
17. Freud S. Inhibición, síntoma y angustia (1926). La escisión del yo en el proceso defensivo (1940). Obras completas de Freud. Vol. XX. Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1976
18. Riquelme et al. *Trastornos de la personalidad*. Editorial Sociedad de Salud Mental de Chile, Santiago de Chile, 2003
19. Varas Y. Trastornos Psicósomáticos y Psicoanálisis: Algunas reflexiones de Joyce Mc Dougall, 2004. Asociación Psicoanalítica Chilena. [www.apch.cl](http://www.apch.cl)
20. Krausse M. La Investigación cualitativa: un campo de posibilidades y desafíos”. *Revista Temas de Educación* 1995; 7: 19-39
21. Wyględowska-Kania M, Bogdanowski T. Testing the significance of psychic factors in the etiology of alopecia areata. Examination of personality by means of Eysenck's Personality Inventory (MPI) adapted by Chynowski, *Przegl Lekture* 1995; 52(11): 562-564



22. Freni S, Azzone P, Barbareschi A, Caputo A, Mendini A, Vigano D. Comparison between Relationship Pattern in Alopecia Areata and in Psychiatric Disorders Through the Core Conflictual Relationship Theme (CCRT) Method, *Dermatology Psychosomatics* 2001; 2: 6-11
23. Poot F, Janne P, Tordeurs D, Reynaert C, Salamon V. Psychosomatics and Dermatology: Comparison between Objective Data and Subjective Impressions Given by Patients and Dermatologists, *Dermatology Psychosomatics* 2003; 1: 19-25



## 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)