



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA

Revisiones · Investigación · Teoría

GACETA DE
PSIQUIATRÍA
UNIVERSITARIA

TEMAS Y CONTROVERSIAS

AÑO 4, VOLUMEN 4, N° 1 MARZO DE 2008

www.gacetadepsiquiatriauniversitaria.cl

IMPORTANTE

El nuevo correo del editor de GPU es: psiquiatriauniversitaria@gmail.com

El antiguo cojeda@vtr.net ha quedado desactivado.

El sitio actual de la GPU es: 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

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

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

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: psiquiatriauniversitaria@gmail.com

ISSN: 0718-4476 (Versión impresa)

ISSN: 0718-1981 (Versión en línea)



JULIA AMANDA ACUÑA ROJAS

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

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

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

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

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

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

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



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.



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 Infanto-Juvenil, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile marzo 2002-2004.

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

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



RAMÓN FLORENZANO URZÚA

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

Board Americano de Psiquiatría y Neurología. Magister en Salud Pública, Universidad de Carolina del Norte. Doctor en Filosofía (c) Universidad de Navarra. Formación psicoanalítica en la Asociación Psicoanalítica Chilena y en el UNC/Duke Psychoanalytic Institute. Miembro Titular Asociación Psicoanalítica Chilena y Asociación Psicoanalítica Internacional. Profesor Titular de Psiquiatría, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y Jefe de Servicio de Psiquiatría, Hospital del Salvador. Profesor Titular de Psiquiatría, Facultad de Medicina Universidad de Los Andes. Decano de la Facultad de Psicología, Universidad del Desarrollo. Miembro Consejo Editorial *Revista de Psiquiatría Clínica*, *Revista Chilena de Salud Pública*, *Revista Chilena de Medicina Familiar*. Fellow en Investigación en Psicoanálisis, University College, Londres. Miembro del Research Advisory Board (RAB), Asociación Psicoanalítica Internacional. Miembro del Comité de Expertos en Salud Mental, Organización Mundial de la Salud, Ginebra.



CLAUDIO DANIEL FULLERTON UGALDE

Médico Psiquiatra, recibido de la Universidad de Chile en 1987. Profesor asistente del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, en donde desarrolla

docencia de pregrado en las carreras de medicina y enfermería y de postgrado en el programa de formación de especialistas en Psiquiatría de la Universidad de Chile. También es profesor de Psiquiatría de la carrera de Psicología de la Universidad del Desarrollo. Actualmente integra el equipo de la Unidad de tratamiento de enfermedades del ánimo en el Hospital del Salvador de Santiago de Chile. Ha participado en investigaciones sobre la subjetividad de los médicos en tiempos de cambio, la relación entre trastorno de somatización, personalidad límite 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 2011.

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

Lineas 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 Animo*. 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.



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.



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 Alcohol 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 Magister 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. Pertenecer a diferentes sociedades nacionales e internacionales: Sociedad Médica de Santiago

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía
Sociedad Chilena para el estudio del Dolor
Miembro internacional en:
IASP: International Association for the Study of Pain
APA: American Psychiatric Association
McLean Hospital International Psychiatric Society



PEDRO RETAMAL C.

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

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

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



ARTURO ROIZBLATT

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

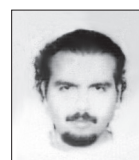
Miembro del Board of Directors International Family Therapy Association.
Miembro del Comité Editorial del Journal of Family Psychotherapy.



GRACIELA ROJAS

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

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



PABLO SALINAS T.

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

Chile, Sede Oriente, Hospital del Salvador.
Miembro invitado de la Unidad de Enfermedades del Ánimo del Servicio de Psiquiatría del Hospital del Salvador.
Profesor de cátedra de psiquiatría, Universidad Bolivariana.



ANDRÉ MICHEL SASSENFELD JORQUERA

Psicólogo, U. de Chile. Magister© en Psicología Clínica Analítica Jungiana, U. Adolfo Ibáñez. Diplomado en Psicología Jungiana, Pontificia U. Católica de Chile. Formación adicional en psicoanálisis relacional y psicoterapia 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-Psi-*

quiatria y Presidente del Comité Chileno de Psiquiatría Biológica. Sus investigaciones y publicaciones se orientan principalmente al estudio de las bases neurobiológicas de la esquizofrenia, trastornos del estado de ánimo y de la personalidad.



LUIS TAPIA VILLANUEVA

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

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



BENJAMÍN VICENTE

Profesor Titular y Director del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción. Jefe Servicio Psiquiatría, Hospital Guillermo Grant Benavente, de Concepción. Bachiller en Filosofía (Universidad de Concepción).

Médico Cirujano (Universidad de Chile). Médico Especialista en Psiquiatría de Adultos (Universidad de Concepción). Doctor en Filosofía (PhD) (Epidemiología y Psiquiatría Social) (Universidad de Sheffield U.K.).



MARIO VIDAL CLIMENT

Estudios en Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Título: médico-cirujano, marzo de 1952. Beca en psiquiatría (Hospital Psiquiátrico): 1952-1955.

Ayudante Cátedra Extraordinaria de Psiquiatría Prof. A. Roa: 1958-1965. Profesor Asociado de Psiquiatría (Facultad de Medicina, Universidad de Chile). Director Departamento Psiquiatría y Salud Mental División Sur, Facultad de Medicina, Universidad de Chile (desde enero de 2003). *Libros publicados:* "El hombre inconcluso" (relaciones entre pobreza y desarrollo personal). Edit. Cintras 1988. "Temas de Psiquiatría". Edit. Lom 1999. "Para leer a Jaspers". Edit. Univ. 2003.

ÍNDICE

9 EDITORIAL

9 PSIQUIATRÍA Y CIENCIAS BIOLÓGICAS

12 NUEVOS PSIQUIATRAS

13 BREVES

13 RESONANCIAS NUCLEARES

15 ACADÉMICAS

21 COMENTARIO DE LIBROS

21 EVIDENCE BASED PSYCHOTHERAPIES FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS

Comentarista: Claudia Almonte

23 FORMAS DE LA INTERSUBJETIVIDAD: ENTRE INVESTIGACIÓN DE INFANTES Y PSICOTERAPIA DE ADULTOS

Comentarista: André Sassenfeld

26 FORMAS DEL SABER Y DEL AMAR

Comentaristas: Hernán Silva / Sergio Canals / Natalia Roa

31 PSICOLOGÍA GENERAL Y EVOLUTIVA

Comentarista: Neva Milicic

33 SANGRA LA ESCENA: PSICODRAMA, TERAPIA DEL TRAUMA Y DEL DUELO

Comentarista: Ramón Florenzano

35 VERDUGO DEL AMOR. HISTORIAS DE PSICOTERAPIA

Comentarista: Patricio Olivos

36 CATÁLOGO DE LIBROS COMENTADOS EN GPU

39 ENTREVISTA DE GACETA DE PSIQUIATRÍA UNIVERSITARIA

39 NUEVA BIOLOGÍA DE LA MENTE Y PSIQUIATRÍA BIOLÓGICA: ENTREVISTA A HERNÁN SILVA

51 CRÓNICA

51 15 AÑOS DE INVESTIGACIÓN EN PSICOTERAPIA EN EL CONO SUR LATINOAMERICANO

Juan Pablo Jiménez

65 ENSAYO

65 LO PROFUNDAMENTE NATURAL DEL PENSAMIENTO GESTALT APLICADO

Francisco Huneeus

69 SENTIDO, SIN-SENTIDO Y REALIDAD EN FRANKL, HOLZAPFEL Y ZUBIRI

Hernán Villarino

78 CONSIDERACIONES SOBRE LA AMISTAD EN UNA PERSPECTIVA MÉDICO-ANTROPOLÓGICA

Fernando Oyarzún

83 LENGUAJE CORPORAL E INTENCIONALIDAD RELACIONAL

André Sassenfeld

93 MISTICISMO, PSICOANÁLISIS Y EL YO

Edgardo Thumala

99 CONFERENCIA

99 NEUROSIS Y PERVERSIÓN: ¿POLARIDADES NECESARIAS?

Jaime Coloma

105 INVESTIGACIÓN

105 ALTERACIÓN DE LA MEMORIA DE TRABAJO VERBAL EN PERSONAS ENFERMAS DE ESQUIZOFRENIA Y FAMILIARES DE PRIMER GRADO

Elton Páez, Álvaro Cavieres y Mónica Valdebenito

111 EL MONITOREO DE RUTINA DE LOS RESULTADOS DE TRATAMIENTOS PSICOTERAPÉUTICOS: ATRICIÓN, CAMBIO ESTADÍSTICO Y CLÍNICO EN UN SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DE HOSPITAL GENERAL

Ramón Florenzano, Juan Francisco Labra, Katherine San Juan, Ana Calderón, Andrea Vacarezza

118 TRAUMA PSÍQUICO TEMPRANO EN HIJOS DE PERSONAS QUE HAN SIDO AFECTADAS POR TRAUMATIZACIÓN DE ETIOLOGÍA SOCIAL

Elena Gómez

129 CLÁSICOS

129 LA EXISTENCIA DE LA MUJER Y LA CONCEPCIÓN PSICOANALÍTICA

Frederik Jakobus Johannes Buytendijk

PSIQUIATRÍA Y CIENCIAS BIOLÓGICAS

En psiquiatría están ocurriendo cambios muy profundos, los que toman expresión en nuevas formas de lenguaje, en la aparición de nuevas disciplinas y en el desarrollo de teorías que han encontrado mejores vías de comunicación con los desarrollos de las ciencias empíricas. Sin embargo, la comunicación de la psiquiatría con disciplinas científicas como la neurobiología, la bioquímica o la dimensión “evo-devo”, es en gran medida incierta¹. No es posible esperar que los biólogos sean quienes informen a la psiquiatría acerca de sí misma, puesto que el oficio de ellos está muy distante de los temas y experiencias clínicas que definen a esta última. Incluso investigadores con alguna formación clínica, como Eric Kandel, tienen dificultades al momento de instruir a la psiquiatría respecto de su forma de generar teoría o de ampliar sus habilidades terapéuticas. Este distinguido neurobiólogo a veces pareciera no distinguir claramente entre psiquiatría, psicoterapia y psicoanálisis, y los temas de la clínica y psicopatología fenomenológicas están ausentes en sus trabajos². Pienso que los psiquiatras debemos ir a buscar activamente lo que nos interesa dentro del abanico de las ciencias con las que nos vinculamos de manera natural. No obstante, ese camino requiere aprender a leer y a interpretar los datos neurobiológicos desde la psiquiatría misma. Eric Kandel no puede clarificarnos lo que es el psiquismo inconsciente o las alteraciones de la identidad, temporalidad y espacialidad en los distintos cuadros clínicos. Tampoco puede Joseph Ledoux enseñarnos acerca de la experiencia del Self, ni Giacomo Rizzolatti hacer lo suyo con la intersubjetividad. Eso no significa que estos autores sean irrelevantes para la psiquiatría. Por el contrario, sus trabajos, teorías y conclusiones son esenciales,

siempre y cuando no olvidemos que nosotros tratamos con la primera persona –la experiencia de ser de cada cual– cuyo enlace con la tercera persona –el algo “eso” de la ciencia natural– no viene dado ni es obvio. Luego, es necesario generar articulación teórica para integrar dichos datos a la psiquiatría, y nadie podrá hacer ese trabajo por nosotros. Durante décadas la psiquiatría acumuló datos empíricos de manera algo errática. Hoy el panorama es distinto, pues los datos sueltos parecen haber perdido interés, justamente, por la imposibilidad de leerlos al carecer la psiquiatría de un contexto teórico lo suficientemente desarrollado.

Con seguridad el lector se preguntará en qué consiste leer los datos neurobiológicos desde la psiquiatría. ¿Hay una mirada psiquiátrica? ¿Cuál es ese contexto teórico? En una época de plurales (masculinidades, feminidades, esquizofrenias, trastornos bipolares y psiquiatrías) pretender que la psiquiatría tenga *una mirada* parece extemporáneo. Sin embargo, éste es el punto central del cambio al que asistimos. Podemos afirmar que la psiquiatría, desde sus orígenes en las postrimerías del siglo diecinueve, ha aprendido a buscar la unidad de la diversidad. Fenómenos como parálisis, cegueras, anestias, crisis convulsivas, ensoñación amorosa desbordada, y muchos otros, fueron englobados en el concepto de histeria. Esta suerte de factorización fenomenológica, sin embargo, no procedió por la vía de juntar síntomas al azar sino, y por el contrario, de encontrar el hilo que hacía que fenómenos en apariencia diversos compartieran una cualidad esencial: en este caso –y dicho de manera muy general– lo que fue denominado disociación. Sin embargo, todo eso habría sido inútil de no mediar un notable y concomitante desarrollo teórico acerca de la mente. Las teorías no son los fenómenos ni los datos; son sólo modelos explicativos, organizadores conceptuales, declaraciones axiomáticas que se aplican sobre fenómenos y datos y que valen por su capacidad heurística (de crear sentido). Los fenómenos disociativos descritos fueron leídos desde la teoría que había surgido conjuntamente, y esa lectura hizo a la histeria.

¹ Para una ampliación de la disciplina conocida como “evo-devo”, ver entrevista al Dr. Hernán Silva en este mismo número de GPU.

² Kandel E. A New Intellectual Framework for Psychiatry. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 457-469

EDITORIAL

Los fenómenos psicopatológicos son experiencias en primera persona, los datos de la ciencia ocurren en tercera persona. Esto quiere decir que alucinar es una experiencia mental, al igual que la culpa melancólica o que el pensamiento obsesivo. En cambio, el descubrimiento de una asociación estadística entre fenómenos alucinatorios y un polimorfismo en el gen *FOXP2* es una experiencia en tercera persona. En esta última lo que se intenta dejar entre paréntesis es la experiencia en primera persona del investigador. Dicho en términos más tradicionales, aunque algo equívocos, la posición en tercera persona intenta eliminar la "subjetividad" del investigador, para acceder al fenómeno "tal cual es". Dados los objetivos de la ciencia, esa restricción metodológica no sólo es deseable sino indispensable. Sin embargo, la psiquiatría tiene como base y tema la subjetividad (primera persona), mediada por la segunda persona (el terapeuta). La conjunción de ambas es el encuadre propio de la psiquiatría y que denomina-

mos inter-subjetividad. Luego, y de manera preliminar, podemos sugerir que la lectura psiquiátrica debe ser realizada desde una teoría de la inter-subjetividad. Ésta no es la posición de la medicina no-psiquiátrica ni de la mayor parte de las disciplinas "humanas". El antropólogo y el sociólogo intentan no modificar sus objetos de estudio, ser observadores neutros. El cardiólogo no participa inter-subjetivamente en sus procedimientos terapéuticos. Podríamos seguir en una larga lista. Todos ellos aspiran a situarse en una perspectiva en tercera persona.

La psiquiatría y la psicoterapia son prácticamente los únicos oficios en los que la ayuda procede de un encuadre inter-subjetivo fundante, en el que jamás se podrá decir que nuestra "subjetividad" debe quedar al margen o ser irrelevante para el proceso de ayuda.

CÉSAR OJEDA

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

1. Los trabajos deben ser escritos en castellano (en inglés o alemán si el autor desea ser traducido al castellano), y 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 espacio 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: psiquiatriauniversitaria@gmail.com
2. Las colaboraciones pueden tener la forma de artículo tradicional, cartas, comentarios, opiniones, ensayos, ideas y otros. En el caso de los artículos de formato tradicional es preferible que las referencias sean las estrictamente necesarias, las que deben seguir el orden de aparición en el texto, y atenerse a la siguiente pauta si son señaladas con números:

Artículo:

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

Libro:

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

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

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

Sólo los títulos de libros van en cursiva.

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

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

² Angst J, Hochstrasser B. (1994) Recurrent Brief Depression: The Zurich Study, *J Clin Psychiatry* 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 Bustamante¹

MANEJO DE LAS INTOXICACIONES: UNA ACTUALIZACIÓN

En psiquiatría, al igual que en otras especialidades de la Medicina, suelen practicarse ciertas intervenciones que tienen un sólido fundamento teórico y que se mantienen a través de los años sin que nadie se las cuestione.

Ese parece ser el caso en el manejo de las intoxicaciones farmacológicas (por ejemplo en los casos de intentos suicidas), específicamente del lavado gástrico y del uso del carbón activado.

Con respecto al uso del lavado gástrico, estudios en voluntarios que han ingerido un marcador, se ha visto que éste puede ser recuperado en una proporción significativa sólo entre 5 a 20 minutos después de la ingesta. Una vez transcurridos treinta minutos, la recuperación de la droga mediante lavado gástrico es ínfima y no significativa. Por otro lado, estudios clínicos de seguimiento no demostraron un cambio en el pronóstico en pacientes que recibieron lavado gástrico versus aquellos que no lo recibieron. Además no es un procedimiento inocuo, su complicación más frecuente es la neumonía aspirativa y la perforación gástrica. Por estas conclusiones la Academia Americana de Toxicología Clínica y la Asociación Europea de Centros de Venenos y Toxicólogos Clínicos recomiendan no realizar un lavado gástrico de rutina en pacientes con intoxicaciones (1).

El carbón activado actuaría adsorbiendo las drogas a nivel intestinal. Sin embargo, hay que considerar el tipo de droga, el tiempo transcurrido desde la ingestión y la presencia de alimentos en el tracto. La dosis habitual para niños es de 1g/Kg y en los adultos entre 50-100g.

Después de la administración de una dosis única a los 30 minutos post-ingesta, se adsorbe aproximadamente el 50% de la droga. A los 60 minutos ésta disminuye a un 38%, y después de dos horas se obtiene sólo un 20%, por lo que su uso se recomienda sólo para aquellos pacientes que uno recibe dentro de la primera hora (2).

Si el paciente ha ingerido antidepresivos tricíclicos (ATC), hay que considerar si la ingesta fue con intención suicida, si fue mayor a 5 mg/Kg o 2,5 para desipramina (dosis en las cuales se observan los efectos tóxicos) y si presenta síntomas de intoxicación. La aplicación de carbón activado es útil si es precoz, y la utilización de bicarbonato de sodio ha demostrado cierto beneficio en el manejo de los síntomas (3).

En casos de intoxicación con organofosforados, hay que ocupar guantes de goma (no de látex) para examinar y lavar al paciente con abundante jabón (si es que ha tenido contacto cutáneo). Es conveniente usar lavado gástrico dentro de la primera hora, así como carbón activado y catárticos (sorbitol 1-3 ml/Kg a menos que el organofosforado sea catártico) (4).

1. American Academy of Clinical Toxicology, European Association of Poisons Centres and Clinical Toxicologists. Position Paper: Gastric Lavage. *Journal of Toxicology* 2004; 42(7): 933-943
2. American Academy of Clinical Toxicology, European Association of Poisons Centres and Clinical Toxicologists. Position Paper: Single-dose Activated Charcoal. *Clinical Toxicology* 2005; 43:61-87
3. Woolf AD *et al.* Tricyclic antidepressant poisoning: an evidence-based consensus guideline for out-of-hospital management. *Clinical Toxicology* 2007; 45: 203-233
4. Simpson WM, *et al.* Recognition and Management of Acute Pesticide Poisoning. *American Family Physician* 2002; 65(8): 1599-1604

RESONANCIAS NUCLEARES

Por Pu-Edser

La pareja había tomado hora urgente porque se iban a separar esa misma tarde si no arreglaban el conflicto. La Pola, a pesar que tenía hora al dentista, la cambió para darle un espacio de atención y, por supuesto, la pareja urgida no apareció. Menos mal que hay siempre un libro de bolsillo que salva la tarde y le da algún sentido.

El de hoy comenzaba así:

Siéntate y escucha, dijo la abuela con su voz suave y tranquila, sólo podrás hacerme una pregunta al final. Su nieto de quince años la miró con ojos de humano asomado ante lo desconocido y la abuela tomó el libro y comenzó a leer:

Hace mucho tiempo, cuando la Tierra era plana, un grupo de hombres se reunió a fundar el mundo. Veinte y seis sabios se miraron a los ojos, se estudiaron las caras y pensaron cómo organizar las cosas. El clan había crecido tanto que ya los gritos y los gestos se hicieron pocos para comunicar hechos presentes, pasados o futuros.

Sentido, el más viejo de los sabios, iba y venía, daba vueltas y giraba antes de tocar las paredes de la cueva. La reunión llevaba horas sin poder solucionar la cuestión de la comunicación, hasta que el sabio apuntó con su índice de leader hacia la garganta y exclamó: Aquí está el poder. Sólo necesitamos algunos acuerdos. Lo que haremos será marcar con sonido cada uno de los objetos que utilizamos a diario y podremos referirnos a ellos a través de esta marca sonora. Luego les pondremos nombre a los estados ... hummm pensó para sí... ¿cuáles serán los estados fundamentales? Y se contestó como iluminado... ¡¡claro!! Uno puede querer, saber, poder o tener que y aunque faltaban

¹ Universidad de Los Andes.

tantos otros verbos confió en que poco a poco tomarían patente sonora.

A decir verdad, estos acuerdos se hicieron de forma arbitraria, creativa, sólo a veces el sonido calzaba con alguna característica como “grillo” con “gri” que simulaba el sonido del insecto. Otras fueron quedando tal como llegaba la inspiración, asunto que suele suceder cuando se está apurado. Trabajaron durante siete días y siete noches hasta lograr poner las cosas (o las palabras) en su lugar. Se podía tener un número limitado de sonidos (pa-pe-pi-po.pu... para la p, por ejemplo). Luego siguió otro programa: organizar este universo, sin dejar afuera lo esencial. Para esto tomaron cada palabra y le buscaron su opuesto, buscaron las diferencias y organizaron pares. Así el día y la noche o el adentro y afuera, se hicieron pareja y, como tal, un elemento enviaba al otro indefectiblemente.

En la tarea de unir un sonido a algo ausente se empezó a bosquejar un universo sonoro. Este universo de imágenes originó un juego muy especial y espacial. Los sonidos pasaron a ser representantes de algo que no estaba ni aquí ni ahora, como quien dice, a falta de presencia buena la contraseña. El juego es darle nombre a la ausencia. La voz “estaba por” y la palabra pasó a ser como una moneda con la cual uno podía comprar cosas como simpatía, confianza, cuidado u otras como rencor si las usabas como armas.

Las reglas del juego “hacer un sonido en vez de presentar algo” se fueron transmitiendo de generación en generación a través de la práctica que hace la lengua y a la que se le terminó llamando lenguaje. No fue fácil sostener las primeras convenciones ya que las palabras parecían tener vida por sí mismas en el ruedo general e iban cambiando la forma de sonar sin pedir permiso y sin pagar permiso de circulación. Los hombres aprendieron de a poco que a las palabras no se las puede controlar, ellas tienen su propia vida.

Ocurrió que, años más tarde, con tantas palabras se podían urdir historias, narrar se convirtió en otro juego que fue confiado al señor Ficado de nombre Signi, el cual editó un sucinto manual con las indicaciones precisas para construir una fábula. El asunto para él es muy sencillo: de partida, siempre hay alguien que manda a hacer algo a alguien, ese alguien tiene dificultades,

generalmente es gente que entorpece su quehacer y otros que lo ayudan; ahora, no es que cada personaje de la historia cumpla con estas funciones sino que más bien estas funciones buscan personajes donde realizarse, pero pueden incluso condensarse en un solo personaje. Esto, aunque interesante para comprender los andamios de los cuentos, no aportó al grave problema que viene arrastrándose desde que la Tierra era plana: no ha sido posible hacer un sistema de equivalencias ya que la palabra definitivamente no es igual a la experiencia. El sistema de transformación experiencia-palabra (significación) no da para tanto. De modo que la palabra ha establecido un reino de malas copias y la experiencia ha pasado al patio de atrás.

Los viejos sabios siempre reunidos en la misma caverna comentaban acerca de eso: –Jajaj –dijo uno rascándose la cabeza– o sea funcionamos apenas. Somos de escasos recursos.

–Es un sistema de restas –aclaró otro– se ha tratado de hacer equivalencias, es decir, que la palabra tenga el mismo valor que la experiencia, pero no ha sido posible.

–¿Que se le puede pedir a la diferencia, sino contraste, desacuerdo, oposición y divergencia? La diferencia pone distancia entre una cosa y otra, es más, se trata de dos planos distintos.

–No podemos “decir” y es en esta imposibilidad es donde el lenguaje auxilia. ¿Qué haríamos sin este juego? –agregó el de ojos claros. Al fin comunicarnos es como jugar póker, nos repartieron las cartas (palabras) y tenemos que apostar, es decir, suponer que seremos creíbles en un juego en que el engaño es parte esencial del juego.

Mientras los viejos sabios conversaban el tiempo fue deslavando las primeras palabras, destiñendo su brillo inicial, deformando los principios y cambiando los acuerdos. Uno de ellos invocando la luz del sol atisbó que un pájaro de alas titubeantes se acercaba al ruedo eterno de los veintiséis fundadores. El ave tejía frenéticamente algo que parecía ser un nido. Tomaba una ramita por aquí, un trozo de tela por allá, una hilacha, una mota de algodón, en fin, lo que pudiera servir para tejer esta ave lo unía. Algunos pensaron que esta actividad no podía sino ser una manifestación del acontecimiento tan esperado: el Todo enviaba su mensajero. Lo esencial estaba

fracturado y había que unirlo. Lo dicho y lo vivido al fin podrían convivir en verdad!! El Todo había tenido piedad de los sabios y les había remitido este intermediario.

Se dedicaron a observar su actividad: el ave revoloteaba su presa (algo) luego la ajustaba a su pico y con gran destreza la unía a otro trozo de algo, parecía que su voluntad era la de unir, ajustar, calzar, ensamblar haciendo acoplar una cosa con otra. Su primer nombre fue por eso INTER. Luego uno de los veintiséis concluyó que este enviado del cielo lo que hacía era una especie de nudo entre lo que se decía y lo que era, hacía un amarre ajustado entre los dos planos y que por lo tanto APRE-TABA el nudo para acercar las cosas. Se le agregó a su nombre de “inter” esta nueva función y paso desde allí a llamarse el INTER-APRETADOR. Por otra parte, ya que el ave mostraba una actividad incesante, no podía sino ser nombrada con el gerundio, quedando finalmente bautizado como el INTERPRETANTE. Así, el interpretarte, con el tiempo, ha sido reconocido como la entidad a la cual se apela cuando es necesario crear “algo que dé cuenta de algo”. Un enviado del Todo, bajado desde las alturas para “hacer posible” la trasmutación entre experiencia y palabra. El ave resultó hiperkinética y tornasol y se preocupó no sólo de las palabras sino de los iconos y cualquier signo que pudiera comunicar algo de la forma que fuera. El pájaro bailarín daba forma a sus nidos intentando ordenar la materia, informarla, notificarla de las leyes orgánicas. Los sabios recomendaron construir altares para que cada humano supiera de su existencia y poseyera un pájaro personal (su propio interpretante, réplica del enviado), algunos se confundieron (quedaron llenos de pájaros en la cabeza), otros apenas consiguieron uno y además lento (pajarones) otros sólo lograron un pájaro pequeño y tembloroso (pajarito). Otros más lo echaban a volar cuando lo necesitaban (pajareaban) y al fin parecía que todos se hacían los lesos (vuelan, vuelan los pájaros) porque no era fácil la solución del problema comunicacional. Siempre algo de lo recogido se cae del pico del ave y no es posible completar la tarea de articular un nido que acoja toda la experiencia.

–Oye abuela –dijo el nieto– ya te quiero hacer la pregunta: me tinca que los sabios

van a morir. Ya no lograron la tarea de ordenar la casa.

—¿Por qué dices eso?

—Porque ya no pueden controlar el juego. No hay sabiduría que lo pare. Ahora todos jugamos, los pájaros cayeron y no hay ley que nos obligue a encontrar significados, ni posiciones, se trata de un juego que cambia sus reglas jugándose. Se trata de una especie de wikipedia, un saber in-


dependiente hecho por todos y por nadie, una especie de saber común, ni siquiera popular o tradicional, ni menos científico (no tiene pruebas de verdad) es sencillamente el juego de decir lo que se sabe o cree saber de algo, sin cedazos ni aduanas ni pruebas de nada, el juego de decir sin pretensiones de verdad o eficiencia o valor alguno.

En ese momento tocan a la puerta ha llegado el próximo paciente y mientras se

escucha a la Pola decir “adelante”! termina de leer la frase final:

—¡Tienes razón! No hay nada que ordenar, no hay lugar donde llegar, no hay decretos que hacer, no hay mentira ni verdad, esto es un juego, o sea una motivación a estar unos con otros conectados, en un juego se compete y colabora a la vez, un juego así no concluye, adelante, que siga la función...

ACADÉMICAS



Cursos de Actualización de Postítulo 2008
Universidad de Chile

Introducción a la clínica analítica jungiana

Dirigido a:
Psicólogos, psiquiatras y
profesionales de áreas afines

Docentes que participan:
Ps. André Sassenfeld /
Ps. Felipe Banderas


Duración:
1° Semestre 2008

Cupos limitados

Lugar:
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Chile

Contacto:
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Chile
Teléfono: (56)(2) 9787803
email: postpsic@uchile.cl

Coordinadora académica:
Dra. Laura Mancada
(Académica U de Chile)



Universidad de Chile



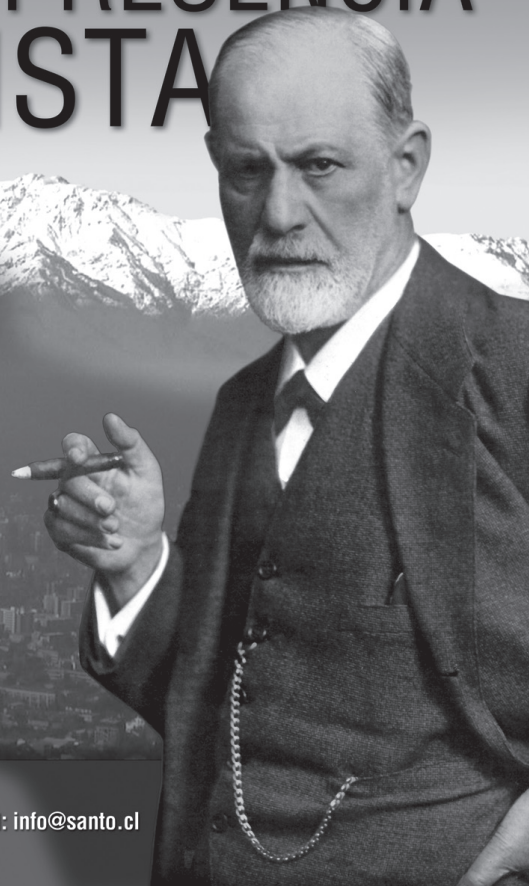
FEDERACIÓN PSICOANALÍTICA
DE AMÉRICA LATINA
FEDERAÇÃO PSICANALÍTICA
DA AMÉRICA LATINA

XXVII CONGRESO LATINOAMERICANO DE PSICOANÁLISIS
25 al 27 de setiembre 2008

24 de setiembre 2008 - XXII PRE-CONGRESO DIDÁCTICO DE FEPAL y XII ENCUENTRO DE INSTITUTOS
Sheraton Hotel Av/ Santa María 1742 Providencia • Santiago de Chile

PERSONA Y PRESENCIA DEL ANALISTA

- Comunidad, Cultura y Social
- Mitos
- Neurociencias
- Familia y pareja
- Clínico
- Investigación y teoría
- Género y Sexualidad
- Derechos humanos
- Universidad y formación psicoanalítica
- Niños y Adolescentes



Inscripción e informes: Empresa Santo
Teléfono: (56-2) 650 8362 Fax: (56-2) 231 2467 E-mail: info@santo.cl
<http://www.fepal.org> fepal@adinet.com.uy

PRIMER CONGRESO CHILENO de PSICOANÁLISIS

PSICOANÁLISIS Y UNIVERSIDAD

HOTEL SHERATON – SANTIAGO, CHILE

24 de septiembre de 2008



El Congreso considera las siguientes actividades:

- conferencias
- trabajos libres
- talleres.

Ejes temáticos:

- Formación teórica
- Clínica
- Supervisión
- Formación de post grado
- Investigación empírica en psicoanálisis

Fecha límite para el envío de trabajos
25 de mayo de 2008.

FEDERACIÓN PSICOANALÍTICA DE AMÉRICA LATINA
ASOCIACIÓN PSICOANALÍTICA CHILENA

asociacion@apch.cl



LXIII CONGRESO DE LA SOCIEDAD DE NEUROLOGÍA, PSIQUIATRÍA Y NEUROCIROLOGÍA DE CHILE

30 de octubre a 1 de noviembre de 2008

(Hotel del Mar, Viña del Mar)

MENTE/CEREBRO

Breve descripción del Congreso en la sección psiquiatría

La Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía invita a participar en el LXIII Congreso, a realizarse en Viña del Mar entre el 30 de octubre y el 1 de noviembre de 2008.

En Psiquiatría el Congreso tendrá dos líneas temáticas principales:

1. Epistemología
2. Fronteras en el actual conocimiento en Psiquiatría

En la primera trataremos de responder las siguientes preguntas: ¿Qué es lo mental en los Trastornos Mentales? ¿Qué es lo biológico en los Trastornos Mentales? ¿Qué es lo social en los Trastornos Mentales?

En la segunda abordaremos la Nueva Biología de la Mente: diálogo genoma-ambiente, neurobiología de los procesos no-conscientes, memoria y respuestas emocionales, neurobiología de la inter-subjetividad –sistema de neuronas en espejo, apego, neurodesarrollo, etcétera– y su importancia en el marco de la psiquiatría y la psicoterapia.

Nos enfocaremos también en el significado de la evolución y desarrollo del cerebro social en la patología psiquiátrica mayor, como la esquizofrenia, los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad.

En Talleres y Coloquios revisaremos las materias relevantes para la práctica clínica diaria, como el uso racional de los psicofármacos, la nosología como herramienta para la praxis psiquiátrica, la investigación en psiquiatría y psicoterapia. Además, someteremos a discusión las relaciones entre psiquiatría y las organizaciones sociales, como Servicios de Salud, Políticas de Salud Mental, Sociedades Científicas, Organizaciones Psiquiátricas Internacionales, Universidades, Industria Farmacéutica y Aseguradoras de Salud.

Cada día se realizarán dos conferencias plenarios con la totalidad de los asistentes al Congreso, en las que participarán invitados de amplia trayectoria internacional en la neurobiología de la mente y el campo de la genómica. Ha confirmado su participación el **Prof. Giacomo Rizzolatti**, descubridor del sistema de neuronas en espejo, y está en vías de hacerlo el **Prof. Kenneth Kendler**, pionero en el mundo de los estudios genómicos en psiquiatría.



SOLICITUD DE PROPUESTAS PARA COLOQUIOS Y TALLERES DE PSIQUIATRÍA

CONGRESO "MENTE/CEREBRO", CORRESPONDIENTE AL N° LXIII (63) DE SONEPSYN

EL HOTEL DEL MAR, VIÑA DEL MAR

30 y 31 de octubre, y 1 de noviembre de 2008.

Hasta el **1 de abril de 2008** se mantendrá abierta la recepción de proposiciones para la realización de Talleres y Coloquios, de dos horas de duración, en las tardes de los días jueves 30 y viernes 31 de octubre, y sábado 1 de noviembre. Se llevarán a cabo en varias salas paralelas cada día, en el marco del LXIII Congreso de SONEPSYN. Los talleres son para pequeños grupos (30 a 50), y los coloquios podrán tener hasta 200 asistentes. Las proposiciones deberán presentarse en el formato del formulario adjunto dentro del plazo señalado. Se prefiere que su temática sea relevante para el trabajo práctico de psiquiatras y psicólogos clínicos, y su estructura ampliamente participativa. Por ejemplo: uso racional de psicofármacos, utilidad de las clasificaciones psiquiátricas en la práctica clínica, investigación en psiquiatría y psicoterapia, estrategias terapéuticas en cuadros clínicos específicos, etcétera. Los ejes teóricos se realizarán durante las mañanas y han sido ya definidos por el comité organizador.

FORMULARIO DE POSTULACIÓN

NOMBRE DEL COLOQUIO O TALLER

DESCRIPCIÓN DEL CONTENIDO

ESTRUCTURA

PARTICIPANTES

CUPO

DIRECTOR RESPONSABLE: Nombre, teléfono, e-mail y dirección postal

Enviar a: secretariagral@sonepsyn.cl



Universidad de Chile
Facultad de Medicina

Departamento de psiquiatría oriente

DIPLOMA EN TERAPIA CONDUCTUAL DIALÉCTICA DE M. LINEHAN

POSTÍTULO DE PERFECCIONAMIENTO DESTINADO A PROFESIONALES DE SALUD MENTAL

- Un ciclo completo de Terapia Grupal (Módulos de mindfulness, relaciones interpersonales, regulación emocional, tolerancia al malestar)
- Terapia Individual, protocolo de manejo de intento suicida, parasuicidio, crisis
- Reuniones de Consultoría (supervisión)
- Aplicación de las habilidades con pacientes en terapia individual y grupal

Horario: Días lunes de 8:30 a 15 horas

Fechas: Del 7 de abril al 15 de diciembre de 2008

Cupos: 12 alumnos

Arancel: \$ 1.200.000 (10 Cuotas)

Requisitos: Título profesional
Entrevista de selección
Currículo (se preferirán candidatos con experiencia)

Inscripciones: Del 1 al 14 de marzo de 2008

Selección: Del 17 al 18 de marzo de 2008

Resultados: 19 y 20 de marzo de 2008

Matrículas: Del 24 al 27 de marzo de 2008

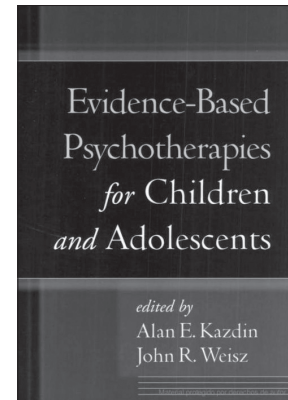
Informaciones

Teléfono: 2358593 – 2748855
(Sras. Edita Saravia M. y Gloria Estrada M.)

EVIDENCE BASED PSYCHOTHERAPIES FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS

Autores: **Alan E. Kazdin y John R. Weisz**
Editorial: The Guilford Press, New York, USA, 2003, 475 pp.

(Rev GPU 2008; 4; 1: 21-22)



Claudia Almonte¹

La psicopatología en la niñez y adolescencia es de alta prevalencia, llegando algunos estudios epidemiológicos a plantear que 25-30% de la población presentaría algún trastorno de los más de 200 aplicables, según el DSM-IV, a este grupo etario.

Frente a esta realidad se hace necesario el contar con estrategias de abordaje terapéutico serias, efectivas, válidas y replicables.

En este sentido, por mucho tiempo se ha considerado que en la infancia y adolescencia algunas intervenciones, como las farmacológicas, no muestran ninguna ventaja respecto al placebo (por ejemplo en depresión).

Paralelamente, en el desempeño clínico observamos una "fauna" de estrategias terapéuticas tan diversas como anecdóticas, de las cuales no hay ningún estudio científico serio que las avale; muchas veces, en nuestra era de la globalización, en que la información de cualquier tipo y calidad está al alcance de la mano, los padres solicitan la opinión o la realización de dichas intervenciones que se "venden" muy fácilmente a un público ávido de soluciones mágicas.

A partir de estas ideas, me pareció interesante el comentar el presente texto, en que se presenta con gran detalle descriptivo un conjunto de tratamientos efectivos, basados en la evidencia, que abarcan los con-

textos históricos, teóricos, científicos y éticos en que se han efectuado.

El foco del libro es la psicoterapia efectiva y validada empíricamente a través de estudios randomizados con grupo control, cuyos resultados fueron replicados por distintos investigadores.

Se entiende en el texto, como psicoterapia, a aquellas intervenciones cuyo foco es aliviar el estrés, reducir conductas desadaptativas intra e interpersonales incluyendo desde la consejería (psicoeducación) hasta intervenciones estructuradas (terapia individual, grupal, parental, familiar, etc.). La orientación principal de las psicoterapias es la cognitivo-conductual, la sistémica, grupal, y en menor grado la de orientación psicoanalítica.

La mayoría de los capítulos (18 de un total de 25), están dedicados a técnicas específicas de tratamiento, en que se incluyen detalles paso a paso de las intervenciones (contenidos, materiales para las sesiones y habilidades requeridas para lograrlo), que son replicables a los profesionales de la salud mental que lean este texto.

Se revisan los aspectos éticos de estas investigaciones en que se maximizan los beneficios y se minimizan las adversidades.

Es abarcado el concepto de los desafíos en el logro del consentimiento informado, dada la población

¹ Psiquiatra infanto-juvenil.

objetivo del estudio y los límites entre los aspectos éticos y legales.

El libro se divide en tres secciones:

1. Fundamentos de las investigaciones en terapias de niños y adolescentes.
2. Programas específicos de intervención: en trastornos internalizadores (tr. Ansiosos y depresión), trastornos externalizadores (sd.de déficit atencional, trastorno oposicionista desafiante, trastorno de conducta) y otros donde se incluyen el autismo, anorexia nerviosa, obesidad, enuresis, entre otras.
3. Conclusiones y proyecciones a futuro.

A modo de ejemplo de tratamiento en patología específica, la depresión se aborda en 4 capítulos, que incluyen terapia cognitivo-conductual grupal, individual, terapia interpersonal (adaptada del modelo adulto, en que se agrega a las 4 áreas problema

clásicas, una quinta enfocada en familias monoparentales) y entrenamiento en control primario y secundario, siendo los cuatro enfoques eficaces basados en la evidencia.

Es interesante que también se dedique un capítulo al abordaje terapéutico de la obesidad pediátrica, tema no siempre presente en los textos de salud mental infantil.

Muchos profesionales de la salud mental han criticado este nuevo estilo de terapéutica basada en manuales, ya que limitaría la creatividad e innovación requerida en cada paciente consultante y no consideraría la importancia de la alianza terapéutica ni la comorbilidad, situación muy frecuente.

A pesar de la validez de estas críticas, se agradece, en este texto, la rigurosidad, orden y claridad de los lineamientos psicoterapéuticos efectivos, que por lo demás, como clínicos, realizamos muchas veces en forma intuitiva, y leerlos en un texto amigable como éste es un gusto.

FORMAS DE LA INTERSUBJETIVIDAD: ENTRE INVESTIGACIÓN DE INFANTES Y PSICOTERAPIA DE ADULTOS

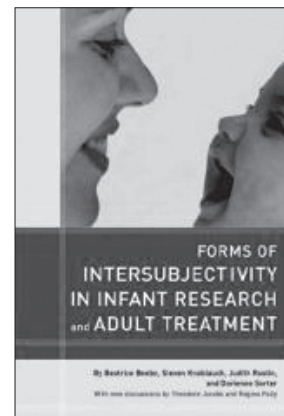
FORMS OF INTERSUBJECTIVITY IN INFANT RESEARCH AND ADULT TREATMENT

Autores: **Beatrice Beebe, Steven Knoblauch, Judith Rustin, Doriene Sorter;**

con contribuciones adicionales de **Theodore Jacobs y Regina Pally**

Other Press, New York, 2005

(Rev GPU 2008; 4; 1: 23-25)



André Sassenfeld¹

En los últimos años el concepto de intersubjetividad se ha convertido en un referente importante del discurso psicoanalítico y del discurso psicoterapéutico más en general. Con ello, su significado se ha ido desdibujando y se ha vuelto cada vez menos claro, designando entre otras cosas la condición necesaria para el surgimiento de la subjetividad pero también un estado subjetivo y relacional específico relacionado con la posibilidad de un reconocimiento mutuo entre dos personas. Mientras tanto, existen, en efecto, varias teorías de la intersubjetividad, entre las cuales en el contexto del psicoanálisis relacional tal vez destaquen los planteamientos de Jessica Benjamin y, en especial, las ideas de un grupo que incluye a Robert Stolorow, George Atwood y Donna Orange. Por otro lado, el concepto de intersubjetividad ha surgido con similar fuerza en la investigación contemporánea de infantes, donde recibe atención por parte de investigadores relevantes como Daniel Stern, Colwyn Trevarthen y Andrew Meltzoff.

Tal como expresa su título, el propósito fundamental del libro publicado por Beatrice Beebe y sus colaboradores –que reúne un conjunto de artículos dados a

conocer previamente en la revista *Psychoanalytic Dialogues*– es aclarar diferentes usos del concepto de intersubjetividad. Esta tentativa implicó para los autores reemplazar la noción de intersubjetividad por la idea de *formas de intersubjetividad*. Sus estudios pusieron al descubierto que el psicoanálisis “ha descrito la intersubjetividad primariamente en la modalidad verbal explícita, mientras que la investigación de infantes ha descrito la intersubjetividad en la modalidad no-verbal implícita de secuencias de acción o conocimiento procedural” (p. xvii). Frente a la magnitud de las diferencias conceptuales resultantes, los autores consideraron necesario partir del supuesto de que los diferentes usos del concepto de intersubjetividad efectivamente hacen referencia a fenómenos relacionados pero distintos. Así, en el psicoanálisis se han conceptualizado diferentes formas explícitas de los procesos intersubjetivos y en la investigación de infantes se han conceptualizado diferentes formas implícitas de intersubjetividad. Como ya mostró la cita previa, los autores tienden a superponer la distinción entre modalidades explícitas e implícitas del procesamiento psicológico con la distinción entre

¹ Psicólogo clínico. Académico Fac. de Odontología y Dpto. de Psicología, U. de Chile. Académico U. del Pacífico.
Contacto: asjorquera@hotmail.com/www.sassenfeld.cl

fenómenos pertenecientes a las dimensiones verbal y no-verbal.

En el libro los autores se dedican primordialmente a explorar cómo las modalidades implícitas no-verbales de la intersubjetividad se relacionan con el proceso terapéutico, esto es, cómo determinados hallazgos de la investigación de infantes pueden ampliar nuestra comprensión del trabajo psicoterapéutico con adultos. Al llevar a cabo esta tarea, Beebe y sus colaboradores recurren a dos conceptos organizadores que provienen en gran medida del campo de la investigación contemporánea de infantes: auto-regulación y regulación interactiva, que respectivamente hacen referencia a cómo el individuo se ve afectado por su propio comportamiento y a cómo se ve afectado por el comportamiento del otro. Los procesos de auto-regulación y regulación interactiva se encuentran en una continua relación recíproca. Los autores enfatizan la dimensión implícita de estos procesos y los utilizan en un intento por tomar en consideración tanto al sujeto individual como a la interacción diádica a la hora de entender la experiencia subjetiva y relacional de paciente y terapeuta. En trabajos anteriores, Beatrice Beebe y Frank Lachmann ya habían subrayado la significación de lo que denominaron la co-construcción de los procesos internos y vinculares.

Este libro no es el primer intento de Beatrice Beebe por vincular los conocimientos de dos tradiciones distintas: psicoanálisis e investigación de infantes. En el año 2002 publicó, junto a Lachmann, el libro *Infant Research and Adult Treatment: Co-constructing Interactions (Investigación de infantes y tratamiento de adultos: Co-construyendo interacciones)*, un libro que debe ser una de las publicaciones más citadas de los últimos años en los círculos de los enfoques relacionales. Este interés no sorprende: Beebe hizo parte de su formación profesional bajo la tutoría de Daniel Stern en una investigación de micro-análisis de interacciones cara-a-cara entre infantes y madres. Desde entonces sus ideas se han ido centrando en la comprensión de los procesos no-verbales implícitos de interacción en el intercambio clínico. Steven Knoblauch, co-autor del libro en discusión, aparte de diversos artículos, ha publicado sobre esta misma temática el libro *The Musical Edge of Therapeutic Dialogue* (2000) que recurre a metáforas musicales para capturar la dinámica de la dimensión implícita de la interacción. Más allá, hasta donde alcanzan mis conocimientos, Knoblauch ha sido uno de los pioneros en la exploración conceptual y clínica de la existencia de mecanismos implícitos de cambio en psicoterapia, un interés que comparte con el Boston Change Process Study Group y con James Fosshage.

Fiel al espíritu relacional contemporáneo, el libro de Beebe y sus colaboradores se ubica de modo explícito en una perspectiva que visualiza la relación psicoterapéutica como sistema diádico de interacción, una perspectiva que también es propia de los estudios de los investigadores de infantes sobre la interacción temprana. Frente a esta perspectiva, cuyos lineamientos se esbozan en el primer capítulo, examinan el concepto de intersubjetividad en el trabajo de Meltzoff, Trevarthen y Stern (Capítulo 2) y analizan posibles aplicaciones de esas formulaciones para el quehacer terapéutico con pacientes adultos (Capítulo 3). El cuarto capítulo merece especial atención ya que se trata de un extenso estudio de caso escrito por Beebe, siendo una de las primeras exposiciones clínicas más sistemáticas que subraya la dinámica interactiva de los procesos no-verbales implícitos entre paciente y terapeuta. El caso cuenta además con una intervención de parte de Beebe que vuelve a recordar sus intereses en la investigación de infantes: utiliza de modo poco convencional filmaciones de ciertos aspectos de las sesiones psicoterapéuticas, como por ejemplo filmaciones de su propio rostro estando en interacción con la paciente, y las ve con posterioridad en conjunto con ésta. Este tipo de intervención ya desde hace un tiempo forma parte del repertorio clínico de los psicoterapeutas que trabajan en terapia del vínculo infante-cuidador. La utilización de las filmaciones permite, por supuesto, profundizar la comprensión y apreciar la relevancia de los fenómenos no-verbales interactivos.

Aparte de estos cuatro capítulos que conforman el núcleo del libro, se incluyen dos comentarios. El primero es realizado por Theodore Jacobs, uno de los psicoanalistas que lleva algún tiempo enfatizando la importancia de la dimensión no-verbal, y al cual se atribuye la introducción del concepto de *enactment* o puesta en escena en el vocabulario psicoanalítico durante la década de 1980. El comentario de Jacobs es amplio y toca diversos puntos. Además de ofrecer una breve historia de las contribuciones sobre los fenómenos no-verbales que existen en la literatura psicoanalítica, Jacobs reseña su propia aproximación a la dimensión no-verbal del encuentro terapéutico y la ilustra a través de un ejemplo clínico. Beebe y sus colaboradores valoran altamente este comentario ya que proviene de un analista de orientación más clásica, lo que genera un interesante diálogo entre corrientes teóricas muy distintas. Jacobs se detiene en la interrogante acerca de lo que los hallazgos de la investigación de infantes aportan prácticamente al trabajo con niños más grandes y adultos, y hace un esfuerzo importante por encontrar algunos puntos significativos de encuentro.

El segundo comentario es de Regina Pally, una psicoanalista que ha dedicado atención a la forma en la que los descubrimientos en campos como la neurobiología, las ciencias cognitivas y la teoría del apego pueden enriquecer el enfoque psicoanalítico. Algunos años atrás Pally publicó algunos trabajos destacando la relevancia de la dimensión no-verbal para el proceso psicoterapéutico recurriendo a evidencia proveniente de tales áreas. En su comentario sobre el libro de Beebe y sus colaboradores, Pally se focaliza en cómo ciertos hallazgos neurocientíficos, incluyendo la relación de los procesos implícitos con el funcionamiento del cerebro humano y la actividad del sistema de neuronas espejo, parecen apoyar varias de las conclusiones de Beebe y sus colegas. Entre otras co-

sas, apoyan la existencia y significación de mecanismos interpersonales implícitos. De este modo, su comentario enriquece los planteamientos fundamentales del libro desde una perspectiva adicional.

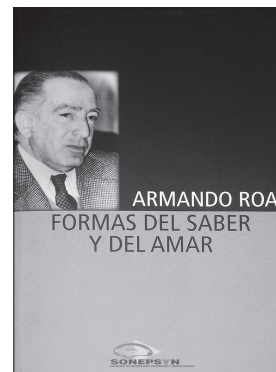
En total, es un libro interesante que se encuentra en la vanguardia del diálogo interdisciplinario. Beebe y los co-autores muestran de qué manera un diálogo entre campos diferentes del conocimiento puede llevarse a cabo de manera inteligente, coherente y enriquecedora. En este sentido, resultará ser lectura estimulante para quienes se sientan cercanos a la exploración de las posibilidades de integración interdisciplinaria que han comenzado a transformarse en las áreas más creativas del discurso científico y psicológico actual.

FORMAS DEL SABER Y DEL AMAR¹

Autor: **Armando Roa**

Ediciones Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile, Santiago, 2007, 296 pp.

(Rev GPU 2008; 4; 1: 26-30)



EL PROFESOR ARMANDO ROA COMO MAESTRO

Hernán Silva

Con motivo de la presentación de este libro póstumo del profesor Armando Roa "Formas del saber y del amar", quiero hacer algunas reflexiones acerca de sus características como maestro. Este libro ha sido editado por la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, la que precisamente lo nombrara Maestro de la Psiquiatría en el año 1994.

Tuve el privilegio de ser alumno del Profesor Roa primero como estudiante de medicina de la Universidad Católica de Chile, luego como becado de Psiquiatría de la misma Universidad y posteriormente como académico de la Clínica Psiquiátrica Universitaria.

De las muchas características que podría señalar del Profesor Roa como docente, hay dos que me parecen especialmente notables.

La primera es su acercamiento clínico a los pacientes. Tuve la fortuna de empezar mi formación como psiquiatra atendiendo enfermos del Consultorio Externo de la Clínica Psiquiátrica Universitaria junto a él. Recuerdo cómo iniciaba las entrevistas, con una conversación suelta y acogedora, situación en la que los pacientes referían sus vivencias de un modo asombrosamente abierto y natural. En ese contexto, los diferentes fenómenos psicopatológicos se desplegaban espontáneamente, sin ser inducidos ni sugeridos. Sólo hacía preguntas abiertas, pero precisas, en un ambien-

te de intimidad y de respeto que lograba crear aunque hubiese otros presentes. De ese modo lograba que el paciente no sólo expusiera sino que precisara las características de su angustia, de sus ideas delirantes o de sus obsesiones. Con su característica letra llenaba las páginas hasta los márgenes, con acabadas descripciones de lo que los pacientes referían, con frecuencia empleando las mismas expresiones por ellos usadas. Terminada la atención, con la mayor cordialidad y naturalidad contestaba mis preguntas, que por respeto sólo le hacía una vez que el enfermo se había retirado.

Verlo en su labor clínica era el mejor modo de aprender el método clínico-fenomenológico, que tan bien describiera y que aún es texto obligado para que nuestros estudiantes aprendan la entrevista clínica. Porque los conceptos e ideas que desarrollaba el Profesor Roa siempre se basaban en lo que surgía directamente del estudio de los enfermos. Él no iba desde la teoría a la práctica clínica sino que su punto de partida era lo que los pacientes le referían, y desde ahí iba a formular o a replantear los conceptos psicopatológicos. Es así como, por ejemplo, propuso los conceptos de desgano, apropositividad vital o desconcentración primaria para el diagnóstico de la esquizofrenia, adelantándose a los actualmente llamados síntomas negativos y cognitivos.

¹ Presentación del libro con ocasión de haberse cumplido en 2007 diez años de la muerte del Prof. Armando Roa Rebolledo. La ceremonia fue realizada en el Centro de Extensión de la Pontificia Universidad Católica de Chile, el 15 de enero de 2008.

Quizá una de las experiencias más formadoras era el asistir a sus clases clínicas. En ellas, frente a un curso completo de estudiantes de Medicina, entrevistaba a un paciente y discutía su cuadro mórbido haciendo participar activamente a los alumnos. Y, a propósito de lo que el paciente refería, se adentraba en temas fundamentales, como por ejemplo la naturaleza de la angustia que –junto con el dolor– es uno de los síntomas más frecuentes de la Medicina. Y, a partir del tema de la angustia, podía llegar a discutir el de la temporalidad, el aburrimiento y el tedio en la sociedad contemporánea. Al analizar el delirio, llevaba a los alumnos a cuestionarse –por ejemplo– qué es la certidumbre, o la naturaleza de la verdad o del error, haciendo continuos alcances a cómo la literatura, la filosofía, la antropología o el arte, aportan al esclarecimiento de las vivencias normales y patológicas.

Y con esto paso de inmediato a la segunda característica que deseo destacar del Profesor Roa como maestro. Y es que, ante cada síntoma, ante cada experiencia vital que nos traía el paciente, no entregaba respuestas cerradas, dogmáticas o definitivas. Por el contrario, nos enseñaba que tras lo que parece más obvio siempre se oculta el misterio.

Y en cuanto a aquellos conceptos o ideas que tan corrientemente y con tanta ligereza nos surgían para explicar una manifestación cualquiera, normal o patológica, nos advertía que no pasásemos por alto sus aspectos más radicales y profundos. Él hablaba frecuentemente de “des-obviar lo obvio” y nos enseñaba a recobrar el asombro frente a lo que los pacientes nos relataban. Por eso, sus clases siempre eran únicas. Aunque tratara un tema año tras año, nunca se repetía. Haciendo gala de un virtuosismo que recuerda el de un artista, lograba siempre mostrar nuevos ángulos, nuevas perspectivas de los cuadros psiquiátricos clásicos. Cuán distinta resulta esta aproximación a la que predomina en la psiquiatría de hoy, en la que rápidamente se encasilla a los pacientes en alguna categoría diagnóstica preconcebida, pasando por alto toda la riqueza y complejidad de sus vivencias.

Simplemente llamar delirio a un fenómeno no nos dice nada si no somos capaces de asombrarnos frente a su certidumbre apodíctica, si no nos lleva a preguntarnos cómo adquirimos nuestras propias certidumbres, cómo distinguimos lo verdadero de lo falso o cómo

vivimos en nuestras propias creencias, que a veces tanto se parecen a las construcciones de los delirantes. Esa curiosidad e inquietud nos transmitió el Profesor Roa a quienes con él nos formamos. Quizá por eso quiso que tuviéramos la oportunidad de conocer a algunos de los pensadores o investigadores más destacados del momento, a quienes invitó a un ciclo de conferencias en la Clínica Psiquiátrica Universitaria, para que cada uno de ellos nos hablara de su propio quehacer. De este modo, personajes como Igor Saavedra, Juan de Dios Vial Larraín o Rafael Gandolfo nos hablaron de las partículas elementales de la materia, de la filosofía de Aristóteles o del milenarismo de Lacunza. Creo que al conocerlos y escucharlos entendimos mejor lo que el Profesor Roa quería transmitirnos: la humildad ante el misterio del conocer, en cualquier área del saber de la que se trate. Experimentamos la curiosa sensación de que, cada uno en su esfera o campo de acción, todos percibían lo mismo: la insoslayable complejidad del mundo que nos rodea. Nos quedó más claro por qué Proust o Bergson nos pueden enseñar más sobre la memoria que lo que pueda hacer el más connotado psiquiatra o psicólogo, o cómo el tiempo, el espacio o la muerte son misterios a los que nuestros pacientes nos confrontan continuamente y que trascienden largamente a la psiquiatría y a la medicina. Entendimos mejor lo que nos decía sobre el mundo maravilloso de los niños y cómo ellos están más cerca de la verdad, en la medida en que no han perdido la capacidad de asombro y mantienen esa mirada original que como adultos sólo con mucho esfuerzo podemos en parte recuperar. En síntesis, nos mostró un mundo mucho más rico, matizado, abierto y extenso y nos hizo apreciar el privilegio de trabajar en una especialidad tan hermosa, que nos permite acercarnos a los enigmas del ser humano sano y enfermo y al propio misterio que es uno mismo, tan insondable y profundo. Por abrirnos a esa mirada, queremos darle las gracias Profesor Roa. Aunque físicamente no se encuentra aquí, está también en este momento con nosotros, con quienes fuimos sus discípulos. Porque de todos los misterios a los que usted nos acompañó a asomarnos, uno de los mayores es cómo, más allá de la muerte, a través del cariño, la gratitud y el recuerdo, se puede continuar viviendo en los demás.

Muchas gracias.

DOCTOR ARMANDO ROA Y EL LIBRO “FORMAS DEL SABER Y DEL AMAR”

Sergio Canals

Difícil es hablar sobre este libro que recopila con justicia diferentes artículos entre 1949 y 1991, debido a que sólo permiten entrever la inmensa magnitud de su obra que sólo cobra sentido en una visión global. Por esto intentaré brevemente referirme a ciertas particularidades de su pensamiento y personalidad que permiten contextualizar lo que con tanto cariño y admiración publica hoy la Sociedad de Psiquiatría y Neurología y presenta su hija Natalia Roa.

Quizás es el poeta Raúl Zurita en su prólogo del libro “La extraña figura antropológica del hombre de hoy”, publicado en 1990, quien mejor hace justicia a la persona del Dr. A. Roa al escribir sobre el autor, y cito: “En el último párrafo del primer capítulo afirma que... *quizás en la dolorosa experiencia de las ideologías, de la superabundancia de técnicas sin reciedumbre ética para manejarlas, de la liberación sexual, todo lo cual ha conducido (al hombre) a ninguna felicidad, encuentre el camino para descubrir aquellos mundos trascendentes que hasta hoy permanecen vedados...* En ellos se sintetiza no sólo la inteligencia y vastedad de su autor, sino sobre todo su piedad y amor”.

Difícil es entonces evadir la nostalgia por su figura que generaba un sobrecogedor respeto, cuando con una mirada penetrante y aguda argumentaba sobre el hombre o un diagnóstico, llevándonos con su mano derecha levantada con una particular y enfática gesticulación, en un viaje siempre fascinante y casi hipnótico, hacia mundos recónditos de la mente y el espíritu haciendo palidecer cualquier otro intento de aproximación.

Así desfilaban ante nosotros Platón, Nietzsche, Freud, Goethe, Aristóteles, Kierkegaard, Bleuler, Minkowski, Kraepelin, Scheneider y Jaspers, quizás su favorito, en una secreta identificación con el psiquiatra filósofo y teólogo. A pesar de lo anterior, su respuesta habitual a la pregunta ansiosa sobre alguna lectura que nos ayudara a comprender precozmente la patología, era “ninguna”. Había que observar, describir y coger las vivencias de la realidad de la persona enferma, de manera crítica y atórica, obligándonos a un desconocido y tímido intento de reducción fenomenológica que debía llevarnos a un encuentro con las esencias y sentido de los fenómenos psicopatológicos, como por ejemplo,

de la angustia endógena esquizofrénica, lo que nos permitiría diferenciarla de la neurótica o la depresiva, en fin, de cualquier otro tipo de angustia en sus peculiaridades.

Lo anterior sólo cobró sentido tiempo después, cuando nos enfrentamos a Husserl y otros psicopatólogos fenomenológicos existenciales.

Eran un comentario obligado sus críticas a Freud, insistiendo que el inconsciente freudiano no le hacía justicia y eludía al mundo creador y espiritual de un hombre donde un Dios creador siempre estaba presente como parte de su realidad. Un inconsciente donde sólo habitara el eros y la muerte, regidos por el principio del placer con un aparato mental que terminaba por crear a Dios, era incompatible con la visión antropológica de la salud y enfermedades mentales del Dr. A. Roa.

En este momento vale la pena recordar a Jaspers, quien en sus conferencias de 1950 nos advertía sobre “no confundir la comprensión de sentido con la explicación causal “ya que esto atentaría contra la libertad” y que debido a lo anterior el psicoanálisis ofrecería al hombre “una liberación engañosa”.

Siempre fue poco amigo de los trabajos estadísticos cuantitativos, recordándonos que la mente no se dejaba apresar por este saber científico por ser un territorio vivencial cualitativo, afirmando que la psiquis no era “más que la relación con la realidad” siendo además ésta “su única función”. Al respecto, sin recordar la frase correcta, en una trampa de la memoria y la edad, nos decía: “nadie dice estoy dos tercios o uno punto cuatro enamorado, sino, estoy muy o un poco enamorado...” (y si no es la frase exacta, prefiero en este caso la leyenda a la realidad).

De alguna manera todo esto mostraba su profundo aprecio por el pensar meditativo que se adentra en el sentido del misterio de la realidad por sobre el pensar que sólo organiza y calcula, pensar que desarraiga al hombre de su propia humanidad, en palabras de Heidegger, aunque creo que siempre el Dr. Roa estuvo más cerca de Husserl que de una existencia flotando en la nada, y de un ser para la muerte, con una ética dudosa.

Respecto a su visión clínica, en 1984 publica “Nueva visión de las enfermedades mentales, Crítica al DSM-

III”, donde nos hace ver que el sistema de clasificación multiaxial norteamericano fallaba en su aproximación “a la EQZ, las personalidades paranormales, las irregularidades sexuales, el homosexualismo... por su falta de perspicacia clínica y la falta de un análisis clínico científico crítico riguroso...” que no velaba por “lo espiritual y moral del enfermo”.

En este libro, audazmente, propone una nueva clasificación clínica “ateórica”, basada “en los modos de fracaso, totales o parciales, en la vivencia del manejo de la realidad” ya que el objetivo del hombre sería desarrollar plenamente la realidad, entendiéndose por realidad “la persona en sí misma y en su relación a la familia, al sociedad, al trabajo, al mundo en total y a Dios”; y por la mente, como ya mencionamos, la relación con esta realidad. Y es aquí, a mi juicio, donde se despliega de forma vigorosa el núcleo de su pensamiento y manera de ser al quedar de manifiesto su lucha permanente contra cualquier debilitamiento, deconstrucción o relativización de una realidad fundada e impulsada desde y hacia lo absoluto, realidad que fundaría la verdad, como lo planteó Zubiri.

Cualquier planteamiento sobre un “continuo” dimensional entre lo normal y lo patológico entre la salud y la enfermedad atentaría contra los fundamentos mismos no sólo de la psicopatología sino contra la propia naturaleza de la vida, del ser humano y la persona. “Nada en la patología es fronterizo” exclama de manera provocativa y sin dudar.

Así, las actuales Personalidades Límites sólo serían, por ejemplo, una forma de Esquizofrenia mal diagnosticada, un trastorno al que le faltaría rigurosidad clínica para ser incorporado como entidad nosológica.

Respecto a la homosexualidad, reconociéndole su configuración como forma de amar en la persona humana, no titubeó en categorizarlo como enfermedad, ya que estaría bloqueada la posibilidad del hombre de trascender al otro como alteridad radical, como mujer u hombre, no dejándolo/a hacer uso de la libertad y desplegar en “su mayor plenitud lo propio de la naturaleza humana”.

Posteriormente aclararía que la consideración de la homosexualidad como algo normal estaría en consonancia con la ordenación de la sexualidad sólo a un placer “como delimitador de una auténtica realidad”.

Recordemos ahora a Levinas, quien en su libro “El tiempo y el otro” nos plantea que “El sexo no es una

diferencia específica entre otras. Está al margen de la división lógica en géneros y especies....La diferencia sexual es una estructura formal....que troque la realidad de otro modo y condiciona la realidad como multiplicidad, contra la unidad del ser planteada por Parménides”. La paternidad o maternidad en esta perspectiva sería la forma de que el yo se convierta en algo diferente de sí mismo sin dejar de ser el mismo. “Yo soy mi hijo pero no soy mi hijo”.

Por último, todos estos planteamientos del Dr. Armando Roa sobre la realidad, son reafirmados y actualizados en su libro “Modernidad y Posmodernidad” de 1995, donde afirma que en nuestra época “no habría voluntad alguna para darse explicaciones sobre la totalidad de la realidad y su sentido”, ya que se habría perdido el deseo de “ahondar en la realidad del hombre”, con una percepción “de la propia realidad en superficie, donde el límite de todo aparece difuminado”, esfumándose la diferencia sujeto-objeto.

No me cabe duda que se sentiría, y quizás se sintió profundamente interpretado por esta frase de Zubiri: “Pero la verdad es que estamos instalados modestamente, pero irrefragablemente, en la realidad. Por esto es necesario hoy más que nunca llevar a cabo el esfuerzo de sumergirnos en lo real que ya estamos, para arrancar con rigor a su realidad aunque no sean sino algunas pobres esquirlas de su intrínseca inteligibilidad”.

Termina este libro el doctor Armando Roa planteando que la vida ha dejado de ser sagrada y estaría regida por “una ética casuística, y de bolsillo” subjetiva y emocional.

El hombre de esta época, en sus palabras, sería casi un Dios, producto de los manejos de la ciencia y la técnica, lo que alcanzaría a la medicina en general y a la psiquiatría en su intento creciente de la modificación de la realidad genética. Pero sería un hombre-Dios que habría dejado de mirar hacia su mundo interior y el misterio de su existencia “sin necesidad de agobiarse con inacabables reflexiones metafísicas o epistemológicas”.

Vuelvo al final al título del libro y su consonancia absoluta con lo ya escrito, porque el saber y el amar, el águila y el sol del retrato que le realizó Picasso ¿no son sólo acaso dos formas de intentar aprehender y coger lo absoluto? Más bien de abrirse a lo eterno, pasión permanente y serena sabiduría del Dr. Armando Roa.

PALABRAS DE NATALIA ROA

Yo tengo el privilegio de encargarme de los agradecimientos y hablo de privilegio porque se agradece cada vez que se recibe un regalo; y para mi familia es uno muy especial poder ver publicado este libro que, con todas las carencias y omisiones propias de las antologías, intenta ser una modesta síntesis del legado científico humanista de mi padre, Armando Roa. Síntesis en cuanto a que, ciencia y humanismo no son caminos paralelos ni divergentes sino vías que confluyen a partir del amor.

Armando Roa amó intensamente la vida en todas sus manifestaciones; gustaba de detenerse en la contemplación y privilegió siempre el ser frente al parecer. Tras su interés por múltiples disciplinas y saberes, no había un afán de erudición sino una honda espiritualidad, un permanente asombro ante el misterio de la vida, una inquietud por conocer al ser humano en sus múltiples rostros, para lograr así comprender el dolor encerrado en los laberintos de cada mente e intentar aliviarlo. Para conocer en profundidad al otro, para comprender su historia y descifrar las complejidades que lo atormentan, para mitigar su padecer y ayudarlo a encontrar ese sentido que engrandece la existencia, es que Armando Roa observaba el mundo con tanta atención y procuraba cogerlo en el máximo de dimensiones posibles.

Para inclinarse respetuoso ante tanto misterio, para regocijarse en la belleza, para mirar cara a cara el sufrimiento, es que la dimensión humanista de mi padre no era buscada porque tuviera valor en sí misma, sino puesta al servicio del otro, como una forma suprema de amar. Y esa particular faceta es la que este texto intenta reflejar.

Quisiera en primer lugar agradecer al Dr. Pedro Rosso, Rector de la Pontificia Universidad Católica de Chile, que nos recibe en esta casa en la que mi padre fue, por muchos años, profesor. Por esa extraña combinación de azar y de necesidad con que Jacques Monod definía la vida, el Dr. Rosso fue quien sucedió a mi padre en el sillón de la Academia Chilena de Medicina como miembro de número.

Vaya para él, y para Mary Rose, su mujer, que me ha regalado su tiempo y su delicadeza para organizar esta presentación, mi especial agradecimiento.

Lo hago extensivo a todos los presentadores, no sólo por su presencia hoy aquí y por sus palabras, sino también por el entusiasmo con que apoyaron esta iniciativa desde que comenzó a gestarse. En particular, al Dr. Hernán Silva, director de publicaciones de la Sociedad de Psiquiatría, Neurología y Neurocirugía de Chile, por esa lealtad con que los hombres nobles de espíritu, ajenos a toda mezquindad, reconocen a quienes fueron sus maestros, por la generosidad con que le dedicó su tiempo, siempre escaso, a este proyecto, y por su aliento constante, que fue decisivo para que este libro viera la luz.

A María Isabel Smith, que fue siempre para mi padre un apoyo tan silencioso y discreto como fundamental, trabajando junto a él por años, quien con una paciencia infinita me ayudó a transcribir y revisar estos artículos.

A Mary Ann Streeter por el cariño con que diseñó la portada del texto y la sensibilidad con que se ocupó de comprender el sentido de éste y aquella faceta de mi padre que procura mostrar.

Tras este esfuerzo está la ayuda y el cariño de muchas personas convocadas por su recuerdo y por el amor que sembró.

Por eso, el agradecimiento fundamental es para él: por haber sido un padre maravilloso, por el legado moral que nos dejó, por su ejemplo de fortaleza y compromiso con sus ideales y con sus pacientes; pero, sobre todo, por haber elegido el amor como ancla de la vida y por haber vivido en torno a él. De ahí que al recordarlo se hagan vívidas respecto de él sus propias palabras: sólo el amor anonada a la muerte y la convierte en una dormición.

Y que de él quepa decir el verso final de aquel poema de Quevedo que nos enseñaba de niños:

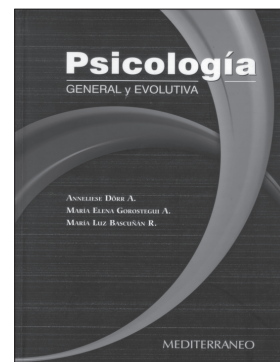
“serán ceniza mas tendrán sentido, polvo serán mas polvo enamorado”

Muchas gracias.

PSICOLOGÍA GENERAL Y EVOLUTIVA

Autores: **Anneliese Dörr, M. Elena Gorostegui, M. Luz Bascuñán**
Editorial Mediterráneo, Santiago, 2008, 409 pp.

(Rev GPU 2008; 4; 1: 31-32)



Neva Milicic¹

Es para mí un privilegio presentar el libro *Psicología General y Evolutiva* de tres autoras, que han consolidado un grupo de trabajo, el que aborda en un solo texto ambas ramas de la psicología, pudiendo servir como material de referencia, tal como plantean sus autoras, Anneliese Dörr, María Elena Gorostegui y María Luz Bascuñán a los profesionales de la salud Mental y la Educación y muy particularmente a los psicólogos. Los contenidos de ambos dominios aparecen integrados de una manera que hace fácil la lectura, incluye en el análisis, los paradigmas teóricos, que han sido más influyentes, en el desarrollo de ambas disciplinas. Colaboran además en diferentes capítulos el Sr. Jorge Förster, Sonia Jara y Claudia Ornstein.

El resultado de este grupo de autores y colaboradores se refleja en un texto que con rigurosidad analiza el panorama histórico y actual de la psicología, presentando los problemas más centrales de la psicología como ciencia.

Parte con un primer capítulo de María Luz Bascuñán, sobre ¿Qué es la psicología? que ilumina y da el marco general al libro. Cada capítulo cuenta con un índice que le permite al lector tener un organizador gráfico de los contenidos, favoreciendo la legibilidad del texto y le anticipa los contenidos que puede encontrar en el.

Quisiera detenerme en el Capítulo 7, donde María Luz Bascuñán, en una perspectiva que me atrevería a llamar intergeneracional, describe la psicología del

niño de 0 a 2 años, allí recoge los aportes del grupo del CEDEP que fueron pioneros en el plano Nacional de la importancia de la estimulación temprana. En este grupo destaca la participación de Soledad Rodríguez, Isabel Lira y Hernán Montenegro.

Anneliese Dörr es autora de varios de los capítulos del libro, ya sea sola o en autoría. Quisiera destacar la excelente síntesis que realiza en el capítulo sobre Desarrollo Moral, en que sintetiza las teorías sobre el tema y hace un apartado especial sobre la importancia de la perspectiva del género, en que recoge los aportes de Carol Gilligan.

Una mención especial es destacable, en el análisis realizado acerca del impacto de las nuevas tecnologías en el niño, en el capítulo sobre la edad escolar. Esta temática constituye una de las temáticas a abordar en esta generación, ya que los medios audiovisuales constituyen una importante influencia en el desarrollo infantil.

María Elena Gorostegui deja su huella en varios capítulos sobre los aportes de la psicología cognitiva, campo en que ella es realmente experta. Otro aporte significativo de esta autora es la perspectiva familiar sistémica, donde se revela su formación como terapeuta familiar, planteando una visión del ciclo vital de la familia y su influencia determinante en el desarrollo de los niños.

Rescato de María Elena una característica que está presente en todo el texto, que es el estar bien escrito, lo

¹ Psicóloga Clínica. Prof. Universidad Católica de Chile.

que influye en que sea un libro que leerlo sea un placer. Escribir bien es un arte, y ciertamente María Elena lo domina bien.

En el aspecto de la psicología evolutiva, uno de los mayores aportes lo constituye el capítulo sobre pubertad y adolescencia, escrito a tres manos por las autoras, que constituye una visión actualizada de la problemática la familia adolescente, superando las obviedades que suelen encontrarse en los textos clásicos.

Concuero con Rafael Parada, que plantea en el prólogo del libro: "Un texto debe permitir el acceso a los dominios en los cuales el profesional trabaja, de modo que satisfaga la necesidad que una sociedad y su cultura tienen de alcanzar un buen desempeño de los profesionales que la integran" y ciertamente este libro lo logra con creces. Estimo que será un aporte a las nuevas generaciones de profesionales que nece-

sitan la psicología como insumo, para dar una perspectiva histórica y actual sobre ¿Qué es la psicología y qué aporta? Por otra parte, a las generaciones más antiguas les permitirán recapitular lo que fue su formación inicial en la revisión de los autores clásicos de la psicología y actualizar sus conocimientos con los avances de hoy.

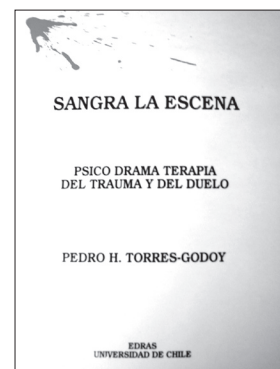
No quisiera dejar de mencionar, entre las muchas virtudes del libro, su estética, que incluye una cuidadosa y excelente selección de pinturas, esculturas y fotografías que ilustran el texto. Esto acompañado de la calidad de la diagramación y el papel, hace de esta obra un libro objeto, que debería servir de modelo a las editoriales chilenas.

Mis felicitaciones a las autoras y sus familias por este libro, que es un aporte sistemático en el área de la psicología Evolutiva y la Psicología General.

SANGRA LA ESCENA: PSICODRAMA, TERAPIA DEL TRAUMA Y DEL DUELO

Autor: **Pedro Torres-Godoy**
EDRAS, Universidad de Chile, Santiago, 2007.

(Rev GPU 2008; 4; 1: 33-34)



Ramón Florenzano¹

Este libro retrata, a través de una selección de sus trabajos, la trayectoria científica y profesional del autor, psiquiatra con formación en psicodrama y terapia sistémica. Una trayectoria variopinta, con múltiples áreas de interés pero con una honestidad indudable, y con una vocación no sólo de psiquiatra sino de médico en el sentido más profundo.

Desde sus primeros enfrentamientos a la muerte como interno de medicina en el Hospital San José nos hace una vívida descripción del trabajo en un antiguo hospital de tuberculosos, donde vivió esa experiencia siempre impactante, pero formadora para todo médico: ver morir a enfermos irrecuperables. La figura sombría y literariamente bien descrita del médico de edad, ya desilusionado de la vida pero que mantenía un ritual externo de acompañar a bien morir: ilustra el episodio el contraste entre el hábito sacerdotal oscuro y el blanco esperanzador del médico, quien debe aceptar la derrota de su ciencia y arte cuando entrega un paciente a la parca. Sigue luego su encuentro con el psicodrama de Jacob Levy Moreno, y su madura descripción de esa técnica, a lo largo de diversos capítulos. Dada la relación ambivalente que tenemos los psicoanalistas frente a lo que se ha visto como una salida de la neutralidad técnica de la terapia del mundo interno de Freud, especialmente los que hemos conocido el psicoanálisis

en su versión kleiniana latinoamericana, que lleva la unipersonalidad al extremo, no deja de sorprender la bipersonalidad de los puntos de vista narrativistas, constructivistas e intersubjetivos actuales, que fueron llevados a un desarrollo diverso desde los pioneros planteamientos de Moreno. El autor nos hace recorrer el camino desde éstos hasta los aportes de la dramaterapia y teatro espontáneo actuales, una historia poco conocida para muchos, es la de este movimiento en Chile, donde el autor ha sido protagónico, y también en Latinoamérica. La fraternidad con Brasil y Argentina es patente en las descripciones de Torres-Godoy. Otro sesgo del psicoanálisis clásico es su aproximación reflexiva, llevada a la denominada "posición meta": reflexionar sobre quien reflexiona, colocando sucesivos filtros con respecto al vivir. Esto contrasta con las terapias activas, en-actuando lo vivido hasta ahora y abriendo nuevas posibilidades vitales a través del experimentar. Desde el foco intelectualista de un Sigmund Freud, y la actitud paciente del analista que desde su sillón observa las vidas de sus pacientes en el diván, pasando por la controversia con Ferenczi, con sus terapias activas y el poco ortodoxo acercamiento físico a sus pacientes, llegamos al rol del dramaterapeuta, que organiza en las *mises en scene* modos de enfrentar y superar experiencias traumáticas pasadas y recientes.

¹ Universidad de Chile, Universidad de Los Andes.

Otra temática estudiada en detalle es la del psico-trauma individual y colectivo, que se describe desde el trauma freudiano en su versión inicial, y su revisión posterior, ya en Freud mismo y su *apres-coup*. Hoy, cuando la psicotraumatología en muchos países se ha visto como una sub-especialidad pujante de la psiquiatría, y es cada vez más necesario en la práctica clínica conocer la psicología de las crisis y las diversas técnicas de intervenciones en servicios de urgencia y de respuesta rápida, el trauma colectivo, que el autor describe en sus diversas actividades durante la golpeada historia chilena de los últimos cincuenta años, es también analizado e incorporado a las antedichas intervenciones. La elaboración terapéutica del duelo, una frecuente consecuencia del trauma y de la pérdida, ha sido trabajada por el autor en conjunto con Edmundo Covarrubias y su grupo en otro hospital, tan viejo como el San José –el Salvador–, donde Torres-Godoy ha sido integrante activo del equipo que ha desarrollado sucesivos eventos acerca de los enfrentamientos terapéuticos del duelo. Las aproximaciones a través de estados ampliados de conciencia, las hipnoterapias y otras modalidades paralelas a las exploraciones individuales de la crisis y el trauma psíquico complementan las modalidades técnicas prolijamente descritas en el texto. De ellas, las más minuciosamente estudiadas y descritas son la drama terapia y la terapia de la acción, productos de distinciones en el desarrollo posterior del psicodrama moreniano. Desde sus bases en el teatro griego, con su diferencia entre tragedia, comedia y drama, se llega a la visión contemporánea sobre la posibilidad de que el teatro produzca el cambio, que vaya más allá de la mera representación del conflicto, permeando la posibilidad de abrir nuevas avenidas para la vida. Para Torres-Godoy la dramaterapia es un modo efectivo de hacer realidad la posibilidad aludida por Borges, de vivir la vida de modo más pleno, no sólo a través del intelecto y de los libros, sino en la acción. Advierte al mismo tiempo, con vívidos ejemplos de su experiencia como director de estas técnicas, acerca del riesgo de la iatrogenia y la necesidad de formación rigurosa en estas técnicas, si son utilizadas en forma descuidada por *amateurs*.

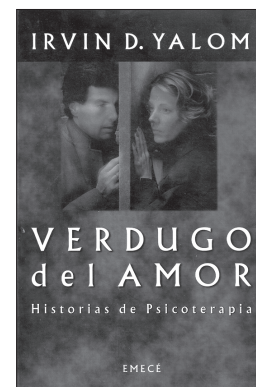
En especial, describe la historia del teatro espontáneo, sus desarrollos desde el teatro profesional, con escenario isabelino, a la experiencia específica que es detalladamente descrita de las vicisitudes del grupo *Impromptu*, formado por el autor en el 2001. Sus problemas grupales dejan cierta sensación final de frustración, al no haberse concretado –al parecer– los planes inicialmente visualizados.

Otro tema de interés muy presente es la experiencia del autor al actuar como consultor para grupos de salud mental agobiados por la práctica profesional diaria, en especial en un sistema público que ha recibido una sobrecarga cada vez mayor de casos graves, muchas veces sin los recursos humanos o de infraestructura física o económica para poder tratar adecuadamente estos casos. El autor describe su experiencia positiva al aplicar su marco conceptual repectivo. En suma, el libro detalla la historia del periplo del autor, desde su enfrentamiento inicial con la muerte en el antiguo Hospital San José hasta su diversificada práctica profesional actual, con el hilo conductor de su búsqueda a través del psicodrama de Moreno, de las terapias sistémicas, de la drama terapia y el teatro espontáneo. Toda carrera profesional está formada no sólo por pasos positivos y logros, sino por una mezcla de avances y retrocesos. Muchos de éstos llevan a desarrollos posteriores insospechados: recordemos el fracaso relatado por Otto Kernberg de sus intentos en la Fundación Menninger de llevar adelante la organización de un sistema terapéutico en un pabellón de hospitalizados basado en principios psicoanalíticos, que llevó a su traslado desde Topeka, en el Medio Oeste estadounidense, a Nueva York, donde pudo tener una proyección no sólo en las Américas sino también en Europa. El autor también ha seguido un camino desde los hospitales santiaguinos hacia un rol amplio en el movimiento dramaterapéutico hispanoamericano. Este libro constituirá una lectura de interés tanto para los médicos psiquiatras y psicólogos en formación, por lo didáctico de muchas de las descripciones de Torres Godoy, con un anclaje en la Grecia clásica, como para los terapeutas experimentados. Es pues un aporte a la literatura psiquiátrica nacional.

VERDUGO DEL AMOR. HISTORIAS DE PSICOTERAPIA

Autor: **Irvin D. Yalom**
EMECÉ, Buenos Aires, 1998, 328 pp.

(Rev GPU 2008; 4; 1: 35)



Patricio Olivos¹

Irvin Yalom es Profesor de Psiquiatría en la Universidad de Stanford, y autor de textos sobre psicoterapia, entre ellos *Psicoterapia Existencial* y *Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo*. También se ha aventurado, y con fortuna, en el campo de la narrativa, con dos novelas que han tenido éxito de público y de crítica: *El día que Nietzsche lloró* (Emecé, 1995) y *Desde el diván* (Emecé, 1997). En este nuevo libro, *Verdugo del Amor*, Yalom nos brinda diez historias de su relación con otros tantos pacientes que acudieron a él en busca de ayuda por los problemas comunes de la vida cotidiana: soledad, depresión, auto-desprecio, obesidad, impotencia, pena, amor obsesivo, estados cambiantes de ánimo, y de cómo la psicoterapia sacó a la superficie las raíces profundas de esos problemas diarios, raíces que se hundían en el lecho de roca de la existencia, en el dolor existencial.

Yalom cree que la sustancia fundamental de la psicoterapia es siempre ese dolor existencial, y no los anhelos instintivos reprimidos o los fragmentos imperfectamente sepultados de un pasado personal trágico. Su hipótesis clínica primaria –y en la que basa su técnica– es que la ansiedad fundamental emerge de los esfuerzos, conscientes e inconscientes, de cada persona para hacer frente a la dura realidad de la vida, a los “supuestos” de la existencia, en particular la inevitabilidad de la muerte, tanto personal como de nuestros seres queridos; la libertad de hacer nuestra vida a voluntad; nuestra extrema soledad y, por último, la ausencia de un propósito o sentido obvio en nuestra vida.

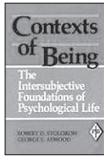
Para Yalom, a pesar de lo sombríos que parezcan estos supuestos, contienen las semillas de la sabiduría y la redención, y a través de estos relatos se esfuerza en demostrar, convincentemente, que es posible confrontarlos y utilizarlos para el cambio y el crecimiento personal.

En las historias queda también claro que en su quehacer diario los terapeutas que desean establecer una relación auténtica con sus pacientes experimentan una incertidumbre considerable. Aunque el público pueda creer que los terapeutas guían a sus pacientes sistemáticamente y con seguridad a través de etapas de terapia predecibles hacia un objetivo conocido, raras veces es así; en cambio, como atestiguan en forma muy valiente estos relatos, los terapeutas frecuentemente se tambalean, improvisan y buscan a tientas una dirección. La tentación poderosa de lograr certeza abrazando una escuela ideológica y un sistema terapéutico riguroso es algo traicionero: tal creencia puede bloquear el incierto y espontáneo encuentro necesario para que la terapia sea efectiva. En ese encuentro, que es el corazón mismo de la psicoterapia, los terapeutas quedamos expuestos a las mismas cuestiones existenciales de nuestros pacientes, y la postura profesional de objetividad desinteresada, tan necesaria en el método científico, resulta inapropiada. No podemos hablarles a los pacientes de *usted* y *sus* problemas, sino de *nosotros* y *nuestros* problemas. Todos estamos en esto juntos.

¹ Médico-Psiquiatra.

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 está indicada para cada caso y usted puede revisarlos en los números impresos o en el sitio de la revista: 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



AVANCES EN PSICOTERAPIA Y CAMBIO PSÍQUICO

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



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
Fono: 269 75 17



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



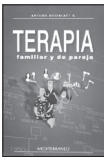
CUANDO EL ESTADO CASTIGA: EL MALTRATO LABORAL A LOS EMPLEADOS PÚBLICOS EN CHILE

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



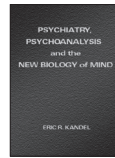
EL CEREBRO Y EL MUNDO INTERIOR. UNA INTRODUCCIÓN A LA NEUROCIENCIA DE LA EXPERIENCIA SUBJETIVA

Autores: Mark Solms y Oliver Turnbull
Ed: Fondo de Cultura Económica, 2004
Comentario: Rev GU 2006; 2; 1: 23-25
Compra: www.fondodeculturaeconomica.com



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



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



NO HUMANO, PERO INTELIGENTE ON INTELLIGENCE

Autor: Jeff Hawkins
Ed: Ows! Books, New York, 2005, 265 páginas
Comentario: Rev GU 2006; 2; 4: 385-388
Compra: 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



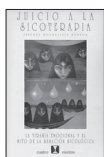
MUJERES DEL MEDIOEVO. SUEÑOS, MEMORIAS, IMÁGENES Y LEYENDAS

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



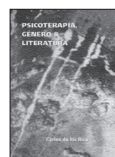
TRATADO SOBRE LA FAMILIA

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



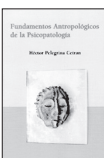
JUICIO A LA PSICOTERAPIA

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



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



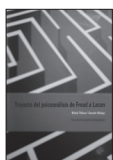
FUNDAMENTOS ANTROPOLÓGICOS DE LA PSICOPATOLOGÍA

Autor: Héctor Pelegrina
Editorial Polemos
Comentario: Rev GU 2006; 2; 3: 256-263
Compra: www.editorialpolemos.com.ar

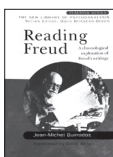


SCHIZOPHRENIC SPEECH

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



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



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



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



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



PSICOSIS 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



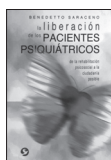
EL TRASTORNO BIPOLAR Y EL ESPECTRO DE LA BIPOLARIDAD
 Editor General: Hernán Silva
 Ed: C y C Aconcagua, 130 páginas, 2004
 Comentario: Rev GU 2005; 1: 13-15
 Compra: cyc@consultoriaycapacitacion.cl
 Fono: 269 75 17



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



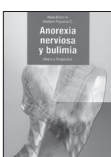
DRUGA Y ALCOHOL. ENFERMEDAD DE LOS SENTIMIENTOS
 Autores: Raúl Schilkrot y Maité Armendáriz
 El Mercurio-Aguilar. Santiago, 2004, 255 páginas
 Comentario: Rev GU 2005; 1: 20-22
 Compra: www.tienda.clubdelectores.cl



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



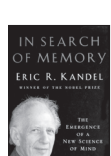
MARTIN HEIDEGGER Y EL CAMINO HACIA EL SILENCIO: ENSAYO DE CRÍTICA FILOSÓFICA
 Autor: César Ojeda Figueroa
 Ed: C&C Ediciones
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 1 : 26-28
 Compra: cyc@consultoriaycapacitacion.cl
 Fono: 269 75 17



SOBRE LA HOMOSEXUALIDAD
 Editores: Beatriz Zegers, María Elena Larraín y Francisco Bustamante
 Ed: Mediterráneo, Santiago
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 2: 19-32
 Compra: www.mediterraneo.cl



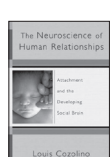
PSIQUIATRÍA CLÍNICA EN LA UNIDAD DE CORTA ESTADÍA
 Autor: Mario Vidal C.
 Ed: Serie Roja, Sonepsyn Ediciones, 2006
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 2: 132-133
 Compra: www.sonepsyn.cl



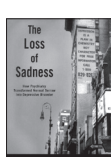
IN SEARCH OF MEMORY
 Autor: Eric R. Kandel
 Ed: W.W. Norton & Company , Inc.
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 2: 134-136
 Compra: www.amazon.com



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



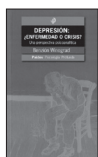
THE NEUROSCIENCE OF HUMAN RELATIONSHIPS: ATTACHMENT AND THE DEVELOPING SOCIAL BRAIN
 Autor: Louis Cozolino
 W.W. Norton & Company, New York, 2006
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 2: 242-244
 Disponible en: www.amazon.com



THE LOSS OF SADNESS
 Autor: Allan V. Horwitz y Jerome C. Wakefield
 Oxford University Press, New York, 2007
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 2: 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



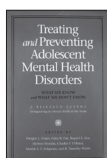
DEPRESIÓN: ¿ENFERMEDAD O CRISIS? UNA PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA
 Autor: Benzió Winograd
 Editorial Paidós, Buenos Aires, 2005, 312 pp.
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 3: 251-254
 Compra: www.paidos.com



PSYCHOANALYSE DER LEBENSBEWEGUNGEN: ZUM KÖRPERLICHEN GESCHEHEN IN DER PSYCHOANALYTISCHEN THERAPIE. EIN LEHRBUCH. (PSICOANÁLISIS DE LOS MOVIMIENTOS VITALES: SOBRE LOS PROCESOS CORPORALES EN LA TERAPIA PSICOANALÍTICA. UN LIBRO DE TEXTO.)
 Editores: Peter Geissler y Günter Heisterkamp
 Springer Verlag, Viena, 2007
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 4: 381-383
 Compra: www.amazon.com



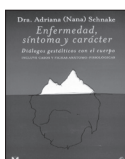
SENTIR LAS PALABRAS. ARCHIVOS SONOROS DE LA MEMORIA IMPLÍCITA Y MUSICALIDAD DE LA TRANSFERENCIA
 Autor: Mauro Mancia
 Editorial: Lumen, 2006, 301 pp.
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 4: 384-386
 Compra: www.tematika.com



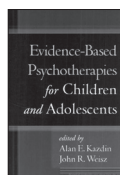
TREATING AND PREVENTING ADOLESCENT MENTAL HEALTH DISORDERS: WHAT WE KNOW AND WHAT WE DON'T KNOW
 Autores: Dwight L Evans, Edna B Foa, Raquel E Gur, Herbert Hending, Charles P O'Brien, Martin EP Seligman y B Timothy Walsh
 Editorial: Oxford University Press, USA, 2005
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 4: 387-388
 Compra: www.amazon.com



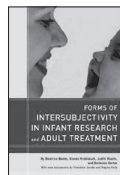
LA MUJER SOLA: ENSAYO SOBRE LA DAMA ANDANTE EN OCCIDENTE
 Autora: Alcira Mariam Alizade
 Editorial: Lumen, Buenos Aires, 1998, Colección Tercer Milenio, 220 pp.
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 4: 389-390
 Compra: magisterio@commet.com.ar



ENFERMEDAD, SÍNTOMA Y CARÁCTER
 Autora: Adriana Schnake
 Editorial: Cuatro Vientos, Santiago, 2007, 380 pp.
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 4: 391-393
 Compra: www.cuatrovientos.net



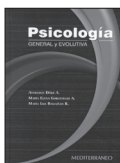
EVIDENCE BASED PSYCHOTHERAPIES FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS
 Autores: Alan E. Kazdin y John R. Weisz
 Editorial: The Guilford Press, New York, USA, 2003, 475 pp.
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 1: 21-22
 Compra: www.amazon.com



FORMAS DE LA INTERSUBJETIVIDAD: ENTRE INVESTIGACIÓN DE INFANTES Y PSICOTERAPIA DE ADULTOS
 Autores: Beatrice Beebe, Steven Knoblauch, Judith Rustin, Doriene Sorter; con contribuciones adicionales de Theodore Jacobs y Regina Pally
 Other Press, New York, 2005
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 1: 23-25
 Compra: www.amazon.com



FORMAS DEL SABER Y DEL AMAR
 Autor: Armando Roa
 Ediciones Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile, Santiago, 2007, 296 pp.
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 1: 26-30
 Compra: www.sonepsyn.cl



PSICOLOGÍA GENERAL Y EVOLUTIVA
 Autores: Anneliese Dörr, M. Elena Gorostegui, M. Luz Bascuñan
 Editorial: Mediterráneo, Santiago, 2008, 409 pp.
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 1: 31-32
 Compra: magisterio@commet.com.ar



SANGRA LA ESCENA: PSICODRAMA, TERAPIA DEL TRAUMA Y DEL DUELO
 Autor: Pedro Torres-Godoy
 EDRAS, Universidad de Chile, Santiago, 2007.
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 1: 33-34
 Compra: www.psicodrama.cl



VERDUGO DEL AMOR. HISTORIAS DE PSICOTERAPIA
 Autor: Irvin D. Yalom
 EMECÉ, Buenos Aires, 1998, 328 pp.
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 1: 35
 Compra: www.lsf.com.ar

NUEVA BIOLOGÍA DE LA MENTE Y PSIQUIATRÍA BIOLÓGICA: ENTREVISTA A HERNÁN SILVA

(Rev GPU 2008; 4; 1: 39-50)

Hernán Silva es conocido por su larga trayectoria académica y de investigación y por las numerosas publicaciones, especialmente en el ámbito clínico-biológico y psicofarmacológico. Su último libro, *Psicofarmacología clínica*, entrega una visión actualizada sobre el tratamiento farmacológico de los principales trastornos mentales en la práctica clínica habitual y en algunas situaciones médicas particulares. El Dr. Silva es Médico Psiquiatra, Profesor Titular de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Miembro del Sub Comité de Magister en Neurociencias de la misma universidad y 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. Para GPU es un honor contar con él en su cuerpo editorial y que haya accedido a responder todas las preguntas de esta entrevista.

GPU: *Partamos por lo más básico. Desde hace muchos años que venimos planteando la inconveniencia de usar expresiones como "Psiquiatría Biológica", "Psiquiatría Social", "Psiquiatría Psicodinámica" o "Psiquiatría Antropológica", por mencionar las más conocidas. La inconveniencia radica en que se ha pretendido con ellas definir una forma autosuficiente de concebir los trastornos mentales, la terapéutica y la investigación en este campo, que es contraria a la evidencia y al sentido común. Si bien hay una biología, una psicodinamia, una sociología y una antropología afines a la psiquiatría, ninguna de ellas la define. De manera que no hay de jure una "psiquiatría biológica" sino tan sólo una "biología*

psiquiátrica". El hecho de que todas esas pretendidas psiquiatrías hayan aceptado la participación de "factores" ambientales, sociales, culturales, psicológicos y biológicos en la génesis de los trastornos mentales, no desdibuja la pretensión autosuficiente que esas denominaciones implican. Nadie piensa en psicofármacos o TEC al escuchar la expresión "psiquiatría antropológica", ni nadie en la hermenéutica del Dasein, al escuchar la expresión "psiquiatría biológica". Nadie piensa en que la psiquiatría psicodinámica pudiese investigar el sistema de receptores dopaminérgicos en la esquizofrenia, ni en que la psiquiatría biológica pudiese investigar la "forclusión" o el "self-objeto" en las personalidades limítrofes.

Usted ha estado vinculado al movimiento que se denominó “psiquiatría biológica” y que se inició a partir del descubrimiento de los primeros psicofármacos. ¿Qué desaciertos y debilidades epistemológicas le parecen más relevantes en ese movimiento, mirados con la perspectiva de los últimos veinte años?

HS: Efectivamente, he estado vinculado a la “psiquiatría biológica” y, al respecto, quisiera hacer una breve historia de dicha vinculación, como base para responder las preguntas sobre los desaciertos y debilidades de ese movimiento.

Tuve el privilegio de formarme como psiquiatra con el profesor Armando Roa, un clínico de excepción, que hoy recibe un más que merecido homenaje con la publicación póstuma del libro “Formas del saber y del amar”¹. La psiquiatría que en ese momento se cultivaba en la Clínica Psiquiátrica Universitaria se caracterizaba por el estudio detallado y en profundidad de cada caso individual. La orientación era clínico-fenomenológica y –como horizonte– tenía la psicopatología de Jaspers, de Schneider y de la escuela de Heidelberg, además de los aportes de la psiquiatría francesa clásica. Conceptos como el de apropositividad vital, desgano y desconcentración primaria como orientadores del diagnóstico de esquizofrenia –por citar algunos de los aportes del profesor Roa– surgieron de esa aproximación clínica y anticiparon los posteriores conceptos de síntomas “negativos” y cognitivos de la esquizofrenia. La riqueza de dicha clínica se torna cada vez más notable por contraste con el empobrecimiento que actualmente caracteriza a la psiquiatría contemporánea, tan influida por los diagnósticos “operacionales” y basados en el “consenso de expertos”.

No obstante, luego de ese magnífico ejercicio de fina descripción psicopatológica y acabado diagnóstico diferencial, sólo se destinaban escasos minutos a discutir el tratamiento. Y es que la terapéutica dependía de tan sólo unas pocas alternativas. Se disponía de litio, de un IMAO clásico, de unos pocos tricíclicos y neurolepticos, de un par de benzodiazepinas y del ampliamente utilizado electroshock. Las opciones terapéuticas no sólo eran pocas sino que se asociaban a muchos efectos colaterales, algunos de elevado riesgo.

Pero, pese a sus limitaciones, los primeros psicofármacos cambiaron de un modo dramático la vida de muchos enfermos. El número de hospitalizaciones se redujo de un modo considerable, tendencia que ha continuado acentuándose hasta ahora. Disminuyó el número de pacientes crónicos y los servicios de

psiquiatría comenzaron a integrarse a los hospitales generales. Las primeras hipótesis neuroquímicas, basadas en los mecanismos de acción de los fármacos y en el desarrollo de la bioquímica y fisiología cerebrales, hicieron que los psiquiatras comenzaran a emplear términos similares al resto de las especialidades médicas. De ser vistos como una suerte de “filósofos”, que mucho hablaban pero poco hacían por sus pacientes, comenzaron a ser considerados como especialistas médicos que tratan enfermedades que se manifiestan fundamentalmente en la conducta, pero que se basan en alteraciones estructurales o funcionales del cerebro. Comenzó además a emplearse un lenguaje común, especialmente en las generaciones más jóvenes. Con anterioridad, el predominio de diferentes “escuelas”, como la psicoanalítica, la conductual, la existencial, la antipsiquiatría, etc., hacían que los psiquiatras no sólo emplearan distintos lenguajes sino que modos radicalmente diferentes de pensar. Quizá esta diversidad de lenguajes y aproximaciones no hubiese sido un problema si es que hubiesen confluído o dialogado entre sí, pero en general cada escuela ignoraba al resto.

Otro tanto ocurría con los diagnósticos psiquiátricos. Por ejemplo, cuando se publicaron los resultados del “Proyecto Diagnóstico Estados Unidos / Reino Unido” (1971) y del Estudio Piloto Internacional de Esquizofrenia de la OMS (1973), se concluyó que los criterios diagnósticos de esquizofrenia variaban ampliamente de un país a otro. Los investigadores señalaban que bastaba que un paciente cruzara el Atlántico (entre Londres y Nueva York) para que dejara de ser esquizofrénico (y probablemente fuera diagnosticado como maniaco-depresivo). En nuestro país bastaba que cruzara una calle, entre la Clínica Psiquiátrica Universitaria y el Hospital Psiquiátrico –o que cambiara de un sector a otro dentro de este último centro– para que ocurriera lo mismo. Más aún, dependiendo de la orientación teórica del médico, su cuadro podía ser diagnosticado como una esquizofrenia paranoide, una neurosis narcisista, o ser considerado sólo la expresión de un contestatario de la sociedad que emprendía un “vuelo metanoico”.

Es en ese terreno en el que surge la psiquiatría biológica, trayendo como promesas la superación de la diversidad de escuelas, el empleo de un lenguaje común y el regreso al seno de la medicina, del que la psiquiatría parecía haberse alejado cada vez más.

Durante mi estadía en la Universidad Complutense de Madrid pude apreciar mejor tanto la riqueza de la formación clínica adquirida en la cátedra del Dr. Roa como la importancia de la nueva aproximación biológica a la psiquiatría. De regreso a Chile comencé a reunirme con los psiquiatras que compartían las mismas inquietudes.

¹ Ver comentario en este número.

Del grupo inicial recuerdo a la Dra. Verónica Larach, quien trabajaba en el Hospital Psiquiátrico; al Dr. Sergio Gloger, quien estaba en el Hospital del Salvador y al Dr. Gustavo Guzmán, del Hospital Barros Luco. Lo tengo presente porque cada uno de nosotros provenía de un centro diferente, compartíamos el interés por esta nueva aproximación a la psiquiatría y no queríamos repetir la historia de conflictos entre escuelas y personalidades que anteriormente se había producido en la psiquiatría chilena (condimentada de sobra por la división política que desgarró al país en esos años).

Producto de ese impulso organizamos los primeros cursos de “psiquiatría biológica”; publicamos con el Dr. César Carvajal el libro “Progresos en Psiquiatría Biológica” (1990) y trabajamos cercanamente con el recordado bioquímico Ariel Gómez Galera, amigo muy querido, muerto prematuramente, con quien la psiquiatría nacional tiene una deuda de gratitud.

Esta historia la he relatado porque creo que todo movimiento psiquiátrico, como también ocurre en otras áreas del conocimiento y la cultura, están muy determinados por el contexto histórico en el que ocurren. Cada generación ha construido sobre las ideas que han tenido más fuerza y han parecido más plausibles en ese momento. En las décadas de 1970 y 1980 los desarrollos del psicoanálisis, del existencialismo y de la fenomenología parecían declinar, en un momento en el que las neurociencias y el conocimiento de la fisiología y bioquímica cerebrales registraban notables progresos.

El principal error de algunos de los promotores de la psiquiatría biológica –que por lo demás es común en cualquier corriente de pensamiento– es la pretensión de dar respuestas definitivas a los problemas que plantea la especialidad. Quizás fue un modo de pensar catatímico (movido por los afectos más que por la razón) el que llevó a algunos investigadores a creer que se obtendrían todas las respuestas si se llegaba a conocer en detalle la bioquímica y la fisiología cerebrales y que –a partir de ese conocimiento– se desarrollarían fármacos eficaces y seguros para tratar las enfermedades mentales. Vana pretensión, si tenemos en cuenta que mientras más se avanza en el conocimiento, más preguntas y desafíos surgen. Quienes se dedican seriamente a la investigación saben que la respuesta a una pregunta por lo general es otra pregunta, pero rara vez o nunca una respuesta definitiva.

La realidad es infinitamente compleja y, en cierto sentido, todo conocimiento es reduccionista. Quizá los mayores errores se cometen cuando la respuesta a una pregunta se busca (o su formulación se hace) en el plano inadecuado. Recordando a Max Scheller, el nivel de aproximación a un fenómeno puede ser biológico, psico-

lógico o social, pero también espiritual, una dimensión hoy lamentablemente poco considerada, a pesar de los fundamentales aportes de autores como Víctor Frankl, con quien tuvimos el privilegio de dialogar hace años en Santiago. A mi juicio, el principal desacierto que se suele cometer es pretender dar una respuesta bioquímica a una pregunta que se responde mejor, o que sólo tiene respuesta, en un nivel psicológico, social o espiritual.

Conuerdo en que la pretensión autosuficiente es el mayor pecado de la llamada “psiquiatría biológica” original, pero sus nuevas concepciones son más amplias, integradoras y dialogantes con otras aproximaciones. También estoy de acuerdo con que el término “psiquiatría biológica” puede ser inadecuado. En nuestro medio el Dr. César Ojeda afirma que sería más correcto hablar de “biología psiquiátrica” y el Dr. Gustavo Figueroa de “psiquiatría zoológica”. Pero quizá ése sólo sea un problema semántico. Toda corriente nueva busca diferenciarse y adquirir identidad propia y, en un periodo de predominio de las aproximaciones psicológicas y sociológicas, el retorno al *bios* fue la bandera que enarboló ese movimiento. Pero la psiquiatría es, o debiera ser, sólo una.

Una mirada más amplia, con perspectiva histórica, puede permitir apreciar los aportes y limitaciones de cada movimiento. Recomiendo la lectura de “La tercera etapa”, del Dr. César Ojeda, uno de los pocos intentos –si no el único– en nuestro medio, de analizar el desarrollo de nuestra especialidad en las últimas décadas.

GPU: *La “farmacogenómica” es una disciplina muy reciente que estudia las relaciones entre genes y la variabilidad de la respuesta de las personas a los fármacos. O más estrictamente, que busca precisar los genes que codifican para las enzimas que influyen en el metabolismo de las sustancias farmacológicas, y que, por lo mismo, afectan la respuesta clínico-terapéutica y el perfil de síntomas secundarios indeseables. Recientemente usted ha editado, a través de Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, el libro Genética y farmacogenética en psiquiatría, con la participación de destacados colegas nacionales y de la Mayo Clinic College of Medicine(USA). En él destacan dos sistemas fundamentales en la metabolización de los fármacos: el sistema oxidativo conocido como citocromo P450 y la glucuronidación, ambos mediante una enorme cantidad de enzimas específicas. ¿Qué hallazgos genómicos relevantes se han encontrado para explicar las variaciones individuales en ambos sistemas?*

HS: La farmacogenómica puede ser definida como el empleo de información genética para predecir la respuesta a los medicamentos. Desde ese punto de vista

el nombre resulta limitante, ya que sugiere que sólo se refiere a los tratamientos farmacológicos. No obstante, también se estudia la predicción de la respuesta al placebo y a las intervenciones psicoterapéuticas, que en último término son también intervenciones biológicas, en la medida en que modifican la estructura o la función cerebrales.

Hoy sabemos que la farmacocinética (estudio de la absorción, distribución, metabolismo y eliminación de fármacos) y la farmacodinámica (estudio de la interacción de los medicamentos con los receptores y transportadores y de los procesos post-sinápticos posteriores) están determinadas genéticamente. Por ejemplo, la absorción de fármacos desde el tracto gastrointestinal depende de transportadores activos, los que se localizan en el intestino y también en el riñón y en la barrera hemato-encefálica. Dependiendo de la información genética del individuo habrá una mayor o menor absorción, distribución y paso del fármaco al cerebro. Por este motivo, incluso pacientes con niveles plasmáticos adecuados de un medicamento pueden tener una baja concentración en las sinapsis en las que se busca actuar. Se conoce el gene que codifica para una de estas proteínas transportadoras; se trata del gene ABCB1, que está localizado en el brazo largo del cromosoma 7.

También la respuesta a fármacos depende de los genes de los diversos receptores. Probablemente el más estudiado es el gene de la región promotora del transportador de serotonina. Varios estudios han demostrado que los pacientes depresivos portadores del alelo corto (S) responden menos que los homocigotos LL, al tratamiento con inhibidores de la recaptura de serotonina (ISRS). Nosotros investigamos lo que ocurría en los sujetos con trastorno límite de personalidad y encontramos que también los portadores del alelo S reducen menos su impulsividad cuando son tratados con fluoxetina. Se trata del primer estudio efectuado en ese tipo de pacientes y es previsible que los trabajos en farmacogenómica sigan aumentando en el futuro próximo.

El examen de los genes de dos de los citocromos P450, el CYP2D6 y el CYP2C19, ya comienza a usarse en clínica para guiar la prescripción. En la Mayo Clinic de Rochester pude ver su empleo habitual en los pacientes con depresión refractaria, muchos de los cuales resultaban ser metabolizadores ultrarrápidos.

Pero, como he señalado, son varios los genes que pueden intervenir en la respuesta a un fármaco y probablemente la determinación de sus variantes (alelos) pueda ser altamente predictiva de la respuesta. En esquizofrenia, por ejemplo, se ha encontrado que ser

portador de determinados alelos predice el riesgo de aumentar de peso, o de tener síndrome metabólico, con algunos antipsicóticos atípicos.

Pero quizá uno de los aspectos más interesantes es que la frecuencia de esos genes varía en diferentes poblaciones. Un ejemplo es el citocromo CYP2D6, el que metaboliza varios antidepresivos de uso habitual. Una de las mutaciones de este gene, que produce una enzima inactiva, se encuentra en el 10-12% de los caucásicos y en sólo 1% de los asiáticos. Estas diferencias étnicas revisten mucha relevancia en los países latinoamericanos, en los que hay poblaciones mixtas (caucásicas y amerindias). Hace un tiempo venimos sosteniendo la necesidad de generar información sobre la composición genética de nuestras poblaciones, ya que no podemos extrapolar, sin más, a ellas los resultados de estudios efectuados en poblaciones de diferente composición étnica. Tenemos que contar con datos propios y esa es responsabilidad de nuestros investigadores locales.

El concepto que se está empleando crecientemente es el de “medicina personalizada” o de “prescripción a la medida”. Implica que a futuro la prescripción no será por ensayo error sino que basada en la información genómica. Creo que es sólo cuestión de tiempo el que estas tecnologías se empleen de modo rutinario. Saber de antemano si una persona responderá o no a determinados fármacos puede traducirse en un gran ahorro de recursos y, sobre todo, de sufrimiento para nuestros pacientes.

Quisiera hacer un alcance al término “medicina personalizada”. Creo que siempre la medicina debe ser personalizada y la buena medicina lo es. Hay que conocer muy bien a los pacientes para saber si se le debe prescribir un fármaco y cómo y cuándo hacerlo. Actualmente, aun sin conocer la información genómica, contamos con los resultados de los tratamientos previos, con los antecedentes de la respuesta en familiares de primer grado, con las expectativas y prejuicios del paciente y con la confianza que podemos transmitirle a través de nuestro genuino deseo de ayudarlo (lo que siempre los enfermos captan muy bien).

GPU: *Muchos pacientes no responden a los esquemas farmacológicos habituales. En esos casos se habla de “refractariedad” o “resistencia”. Ambos términos sugieren que los pacientes “debieran” haber respondido, pero que por determinadas razones se “resisten” a hacerlo (muy parecido a la resistencia psicoterapéutica en el contexto psicodinámico): por ejemplo, por ser metabolizadores rápidos y desactivar las sustancias farmacológicas. Por lo tanto, no se trata de que los fármacos sean ineficaces,*

sino de que no logran alcanzar sus sitios de acción de manera suficiente, y que, por lo mismo, esta condición no pone en tela de juicio la supuesta fisiopatología de un trastorno determinado. Desde el otro extremo, un porcentaje importante de pacientes responde al placebo, el que nada tiene que ver con la bioquímica supuestamente involucrada en el trastorno. En este caso no podemos acudir a conceptos farmacogenéticos para explicar esa variante. ¿No pone esto una duda más que razonable sobre la eficacia de los fármacos, si consideramos que entre resistencia y efecto placebo se abarca un poco más de la mitad del resultado clínico, por ejemplo en el caso de la depresión y de algunos trastornos de ansiedad?

HS: Efectivamente. Muchos pacientes no responden a los fármacos de uso habitual. Probablemente un grupo de ellos sea portador de alelos de genes relacionados con receptores, segundos mensajeros u otros componentes celulares, que los hacen refractarios al tratamiento. Conocemos aún muy poco de la fisiopatología subyacente a los trastornos mentales y eso limita a la terapéutica, pero a medida que el conocimiento progrese probablemente dispondremos de medicamentos más eficaces y mejor tolerados. Incluso la terapia génica puede llegar a ser una realidad, en la medida en que se desarrollen los conocimientos y la tecnología necesarios.

En cuanto a la respuesta a placebo se pueden hacer varias consideraciones. Muchos pacientes quizá responden al hecho de ser atendidos por un equipo de investigadores, que los entrevistan, les administran diversas escalas de evaluación, les prescriben cápsulas o comprimidos de apariencia indistinguible del fármaco activo y los controlan con una regularidad que suele ser mayor a la de la práctica clínica habitual. En esos casos probablemente las expectativas positivas del paciente sean el principal factor de la mejoría.

En el caso de la depresión, que es uno de los cuadros con mayor respuesta al placebo, interviene también el curso fásico de la enfermedad. Si las fases espontáneamente duran algunos meses, un porcentaje de los pacientes que ingresa a un protocolo de investigación va a tener una remisión espontánea. En cambio, cuadros de curso más crónico, como el trastorno obsesivo-compulsivo, tienen escasa respuesta al placebo.

Por este motivo resultan muy interesantes las metodologías que buscan controlar este factor. Por ejemplo, se puede tratar a todos los pacientes primero con placebo y, luego de descartar a los respondedores, se incorpora al resto al protocolo. En algunos de nuestros trabajos hemos empleado el diseño ABAB, que consiste en alternar periodos de tratamiento con fármaco y otros con placebo.

Pero quizá el mayor problema para evaluar la respuesta a los tratamientos sea la heterogeneidad de algunas categorías diagnósticas, como la depresión mayor. Ésta tiene, además, una co-morbilidad de alrededor del 50% con los trastornos de ansiedad, y las hipótesis etiopatogénicas para ambos tipos de trastornos son prácticamente las mismas. Hoy, la mayor parte de los investigadores en trastornos del ánimo está de acuerdo en que, bajo la etiqueta diagnóstica de depresión mayor, se incluye a cuadros muy heterogéneos. En cambio, la antigua melancolía o “depresión endógena” representaba un grupo más homogéneo, por lo que está siendo crecientemente revalorizada. Los auténticos melancólicos tienen una baja respuesta a placebo. En cambio, muchos de los pacientes que son incluidos en los estudios farmacológicos pueden corresponder a cuadros reactivos (relacionados con los trastornos adaptativos del DSM), que responden al placebo, o al hecho de recibir atención de un equipo especializado, o que remiten en la medida en que el motivo que originó la reacción se torna más distante.

Un desafío urgente para la psiquiatría es contar con clasificaciones más apropiadas, ya que el DSM ha cumplido muy poco de las expectativas que tuvieron en mente sus creadores. De hecho, muchos investigadores han optado por prescindir de él y estudiar subgrupos de pacientes más homogéneos, basándose en mediciones bioquímicas, neurofisiológicas, imagenológicas, etcétera, como los llamados “endofenotipos” que emplean los estudios genéticos. A nuestro juicio, el mejor conocimiento de la etiopatogenia y la fisiopatología de los trastornos mentales llevarán a la formulación de clasificaciones más útiles, como ha ocurrido en el resto de la medicina.

GPU: Es frecuente observar lo que se denomina sobre-medición, es decir, pacientes que reciben un impresionante arsenal de psicofármacos. En algunos casos se trata de pacientes con severa patología psicótica o afectiva, y que, aún así, en muchos casos no es posible mejorar significativamente. En otros, más bien parece ser un estilo de hacer psiquiatría. ¿No está subyacente a esta actitud terapéutica el viejo axioma de la “psiquiatría biológica” inicial, que postula que los trastornos mentales son la consecuencia de alteraciones patológicas en la función cerebral, y que por lo mismo debieran ser tratados bioquímicamente?

HS: Creo que hay dos conceptos que es necesario precisar: uno es el de polifarmacia y otro el de sobre-medición.

Respecto a la polifarmacia, ella es producto –entre otras razones– de que los tratamientos farmacológicos actuales son sólo sintomáticos. En la práctica,

si un paciente tiene síntomas psicóticos se emplea un antipsicótico, si tiene inestabilidad del ánimo se indica un estabilizador, si presenta manifestaciones depresivas se prescribe un antidepresivo, y así sucesivamente. Como habitualmente los pacientes –sobre todo los más graves– presentan varias de estas manifestaciones, lo común es que reciban varios fármacos. En un estudio efectuado en la Clínica Psiquiátrica Universitaria encontramos que en promedio a los pacientes se les prescriben entre tres y cuatro medicamentos simultáneamente.

Pero quizá haya razones más de fondo para que esto ocurra. Actualmente se considera que los trastornos psiquiátricos son enfermedades complejas, similares –por ejemplo– a la diabetes o a la hipertensión arterial. Se cree que son poligénicas, es decir, que son determinadas por múltiples genes de efecto variable, que interactúan con factores ambientales para producir las manifestaciones mórbidas. Éstas a su vez se relacionarían con disfunciones de diversos sistemas de neurotransmisión o neuromodulación. Quizá por esta razón los medicamentos más eficaces son precisamente los más “sucios”, en el sentido de que actúan sobre múltiples receptores en diversos sistemas de neurotransmisión. El mejor ejemplo es la clozapina, que es probablemente el antipsicótico más potente y que actúa sobre un sinnúmero de receptores. Incluso los fármacos de acción más específica, como los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, sólo lo son de manera relativa. No sólo tienen algunos efectos sobre los sistemas noradrenérgico, dopaminérgico o colinérgico, sino que el mismo aumento de serotonina en el espacio sináptico estimula una variedad de receptores serotoninérgicos, y no sólo los que se supone relacionados con el efecto antidepresivo. De tal modo que, en cierto sentido, siempre se emplea polifarmacia y muchas veces los psiquiatras “crean” fármacos, asociando moléculas distintas con el fin de optimizar el resultado terapéutico. Pero un riesgo que no siempre se tiene suficientemente en cuenta al emplear varios fármacos es el de las interacciones. Hay que conocer bien los mecanismos de metabolización y excreción de los fármacos y las interacciones de riesgo, en especial cuando los pacientes reciben otros medicamentos, que es lo habitual en personas mayores o con enfermedades físicas crónicas.

Respecto a la sobre-medicación, es decir, el empleo excesivo e injustificado de fármacos, hay varias razones que la explican. Una de ellas es, efectivamente, el prejuicio de que los trastornos mentales son consecuencia de alteraciones de la función cerebral y que debieran ser tratados por medios químicos. A veces el problema

que aqueja al paciente guarda estrecha relación con sus condiciones vitales, con conflictos psicológicos o con su estructura de personalidad. En tales casos la psicoterapia puede ser el tratamiento más adecuado. Se me viene a la mente un caso que viera recientemente. Se trataba de una paciente que no lograba ser controlada de un trastorno bipolar. Como había sido tratada sin éxito con todos los estabilizadores del ánimo, antipsicóticos y estrategias de potenciación existentes, me consultaba por si existían nuevas alternativas farmacológicas para su enfermedad. Al estudiar el caso quedaba en evidencia que la paciente nunca había seguido las recomendaciones básicas de cuidar los horarios de sueño, reducir la exposición a las fuentes de estrés y llevar un estilo de vida más ordenado. Y la razón era que, para acompañar a su cónyuge en sus compromisos de trabajo, debía trasnochar continuamente, viajar frecuentemente de un país a otro y someterse a una intensa vida social que iba en contra de su natural inclinación a la soledad y la tranquilidad. Deseaba intensamente poder cambiar su estilo de vida, pero se sentía incapaz de hacerlo por temor a poner en riesgo su matrimonio, en la medida que su cónyuge ya le había manifestado claramente que él no estaba dispuesto a cambiar su ritmo de actividad. El resultado es que ella trataba, infructuosamente, de solucionar mediante fármacos su dilema existencial y su inseguridad psicológica. En este caso es claro que el problema no puede tener solución a nivel farmacológico sino que psicoterapéutico.

Otro factor que puede llevar a sobre-medicación es la imprecisión diagnóstica. Si bien los tratamientos disponibles son sintomáticos, un correcto diagnóstico disminuye el riesgo de sobre-medamentar. Por ejemplo, desde la época de Bleuler se sabe que en el curso de la esquizofrenia son comunes las manifestaciones maníacas o depresivas transitorias, sin que lleguen a constituir propiamente un trastorno esquizo-afectivo. En tales casos el empleo sólo de un antipsicótico puede ser suficiente para mejorar el cuadro. En cambio, si el paciente tiene un trastorno bipolar que durante las exacerbaciones puede llegar a ser delirante, se debe priorizar el empleo de un estabilizador del ánimo, el que puede ser un tratamiento suficiente. Y si es necesario agregar otro fármaco, su uso puede ser sólo transitorio.

La farmacogenómica probablemente pueda contribuir a reducir la sobre-medicación, en la medida en que puede orientar de antemano respecto a qué medicamentos resultarán más eficaces en cada caso particular. Pero probablemente la mejor respuesta a este problema la tendremos en la medida en que conozcamos mejor la fisiopatología de los trastornos mentales. Sólo

de ese modo surgirán nuevos objetivos para el tratamiento y se podrán diseñar fármacos más eficientes.

GPU: *La psiquiatría biológica se ha sustentado en un modelo médico que implica una específica forma de acceder al conocimiento. La medicina se basa en la evidencia empírica, es decir, en estudios controlados y replicados de la eficacia de los procedimientos terapéuticos que usa. En el caso de la psiquiatría basada en la evidencia, los cuadros psiquiátricos tienen: a) tratamientos comprobados, b) no comprobados, c) que tal vez pudieran ser efectivos, d) que responden a la psicoterapia o al tratamiento combinado de psicofármacos u otros procedimientos y psicoterapia². En este último caso están la bulimia, el síndrome de fatiga crónica, la depresión en niños y adolescentes, la depresión en adultos, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de estrés post-traumático. Se incluyen también aquí, de modo claramente beneficioso, las intervenciones familiares y psico-educacionales en la esquizofrenia, por citar algunos casos.*

En este panorama, y siendo consistente con la racionalidad que guía todo el accionar de la psiquiatría biológica, los psiquiatras deberían tener formación psicoterapéutica completa. De lo contrario, se estarían privando a sí mismos y a los pacientes de un recurso fundamental y empíricamente comprobado en su eficacia. La solución basada en lo que se ha denominado co-terapia, en la que el psiquiatra es un "fármaco-terapeuta" y el psicólogo clínico un "psico-terapeuta", es un tema de amplio debate en la actualidad, que todavía no está suficientemente fundamentado empíricamente³. ¿Qué comentario le merece este planteamiento?

HS: La realización de estudios controlados, y su replicación, entregan una valiosa información para determinar la real eficacia de los tratamientos. Por otra parte, el empleo de metodologías como los meta-análisis permite obtener conclusiones en grupos más grandes de pacientes de lo que permiten los estudios individuales, y nos ha entregado una información más realista y objetiva sobre la eficacia de las terapias que empleamos. Pero no debemos perder de vista que la información basada en la evidencia sólo constituye un marco de referencia para guiar la prescripción en el caso individual. Ese es el momento en el que la ciencia deja paso al arte. Es tan erróneo emplear tratamientos no valida-

dos –sólo por la creencia de que son eficaces– como usar rígidamente sólo los de eficacia basada en la evidencia. Naturalmente, en el momento de tratar es más razonable optar por las terapias, cuya eficacia posee mayor evidencia empírica, pero se debe estar abierto al empleo de otras cuya eficacia aún no ha sido fehacientemente demostrada. Por otra parte, la conclusión más frecuente de los meta-análisis es que "no hay evidencia suficiente para apoyar o descartar la eficacia" de determinada intervención.

Quizá el mayor problema radica en un aspecto ya mencionado: la heterogeneidad de las poblaciones clínicas. Para muchos tratamientos parecen existir subgrupos de pacientes que tienen una buena respuesta, otros que no responden y algunos que incluso empeoran. El desafío es precisar quiénes se beneficiarán efectivamente. Por eso creo que, a futuro, debemos incluir en los estudios a grupos más homogéneos. De ese modo aumentará la probabilidad de elegir los tratamientos más eficaces. El empleo de endofenotipos y de la farmacogenómica constituye un paso adelante en ese sentido, pero aún tenemos mucho camino por recorrer.

En cuanto a las psicoterapias, también creo que es un gran progreso que su eficacia sea evaluada del mismo modo como se hace con los fármacos. Hoy existe una aceptación prácticamente universal de la necesidad de que estas intervenciones validen empíricamente su utilidad.

Las terapias de tipo cognitivo-conductuales, especialmente las diseñadas para tratar patologías específicas, aún son poco enseñadas y empleadas en nuestro país. Creo que esto debería cambiar en el futuro. Asimismo, la psicoterapia debe ser elegida de acuerdo a las necesidades del sujeto. En lugar de utilizarse una aproximación teórica y una modalidad psicoterapéutica para todos los casos, debiera elegirse la terapia más apropiada para cada paciente específico. La "medicina personalizada" no sólo atañe a los fármacos sino que también a la psicoterapia.

En cuanto a la formación de los psiquiatras, creo que éstos deben tener un cabal conocimiento de las características y utilidad de las diversas modalidades de psicoterapia. Durante los años en los que he estado involucrado en la elaboración de programas de especialización en psiquiatría, el tema de la formación en psicoterapia ha sido recurrente. Cuando yo hice mi residencia no tuve entrenamiento en psicoterapia y debí buscarlo fuera de la universidad. Hoy la situación es distinta. En los Programas de Formación de Especialistas en Psiquiatría de la Universidad de Chile se ha incorporado la enseñanza de los fundamentos de la psicote-

² Clinical Evidence. *Mental Health*. BMJ Publishing Group, London, 2002

³ Pedrals A, et al. La práctica psicoterapéutica: el desafío de la co-terapia. *Rev GPU* 2007; 3; 3: 327-330

rapia psicoanalítica, cognitivo-conductual y sistémica, por considerarlos los enfoques más importantes. Pero una formación completa es larga y excede las posibilidades de un programa de tres años de duración. En varias ocasiones hemos propuesto que la beca de psiquiatría se prolongue un año, en el que los interesados pueden adquirir un mayor entrenamiento en psicoterapia o en otras áreas de su interés. Si a eso se le añade la realización de una tesis, se les podría otorgar el grado de magíster. Estas propuestas no han sido acogidas hasta ahora, pero quizá lo sean en el futuro.

En cuanto a la co-terapia, si bien no tiene aún suficiente fundamento empírico, a mi juicio puede ser la mejor alternativa para un gran número de pacientes. Muchos de sus inconvenientes se solucionan cuando existe una buena y fluida comunicación entre el psicoterapeuta y el psiquiatra que administra los fármacos. Felizmente, la antigua visión de la psicoterapia y la farmacoterapia como tratamientos excluyentes pertenece al pasado. Muchos pacientes requieren usar medicamentos para controlar síntomas que impiden o dificultan la psicoterapia, así como otros requieren de psicoterapia para superar sus prejuicios o sus sentimientos de omnipotencia y aceptar la necesidad de emplear fármacos. El que un solo terapeuta administre los medicamentos y haga la psicoterapia puede ser una alternativa útil en algunos casos, pero en general es difícil lograr y mantener una competencia adecuada tanto en psicoterapia como en farmacoterapia. El arte es largo y la vida breve, nos dice Hipócrates.

GPU: Desde hace algunos años un concepto ha aparecido y afecta directamente los modelos del conocimiento psiquiátrico: lo que se ha llamado “nueva biología de la mente”. Eric Kandel, en su artículo clásico del año 1998 “A New Intellectual Framework for Psychiatry” y en numerosas obras posteriores⁴, se refiere a ella, sugiriendo que la psiquiatría y las neurociencias podrían tener un marco de referencia común. Implícitamente, Kandel está diciendo que eso no se ha logrado hasta ahora, a pesar de los esfuerzos de la psiquiatría biológica. Se trata de algo simple, pero que cambia radicalmente la visión de la mente. Dice textualmente: “Mientras la función de matriz o de plantilla de los genes, la secuencia de un gen—es decir, la habilidad del organismo para reproducir esa secuencia— no es afectada por la experiencia con el ambiente, la función transcripcional de los genes, es decir, la

habilidad de un gen determinado para dirigir la producción de proteínas específicas en una célula dada, es, de hecho, altamente regulada, y esta regulación responde a factores ambientales” (subrayado en el original)⁵. Esto reafirma que el aprendizaje, incluido aquel que produce conductas disfuncionales, produce alteraciones en la expresión génica. De este modo “el aprendizaje social y cultural (nurture) es, en último término, expresado como ‘naturaleza’ “ (ibid). No es extraño que este concepto haya calado profundamente en el ámbito de la psicoterapia, puesto que ésta consiste precisamente en cambiar el funcionamiento cerebral a través de experiencias intersubjetivas correctoras. ¿En qué posición queda, a su juicio, la psiquiatría biológica frente a este nuevo marco, considerando que ha estado por décadas sumergida en pequeños encuadres neurobioquímicos? ¿Puede la psiquiatría biológica apropiarse de esta nueva biología por el hecho de ser biología? ¿No le parece que la psiquiatría biológica ha quedado suspendida en medio de la sinergia de esta nueva biología con la psicoterapia, a lo que hemos llamado “tercera etapa”?

HS: Creo que los aportes de Kandel a la psiquiatría y a las neurociencias son fundamentales y han tenido una enorme influencia en el modo como actualmente entendemos la relación mente-cerebro. Con justicia obtuvo el Premio Nobel de Medicina y Fisiología el año 2000. Si sus aportes pertenecen o no a la “psiquiatría biológica” depende exclusivamente de la extensión que se le atribuya a dicho término. Quizá éste ha quedado muy asociado a la época en la que surgieron grandes progresos en la bioquímica del cerebro. Es por eso que algunos autores han propuesto hablar de “neurociencias clínicas” para referirse a la aplicación de este conjunto de disciplinas y especialidades como la neurología y la psiquiatría. Se trata de un término que está teniendo más aceptación en la actualidad.

En todo caso, quisiera destacar un concepto que Kandel ha contribuido a difundir y que cambia esencialmente el modo en que entendemos la relación predisposición-ambiente. Éste tiene que ver con las funciones de los genes. Hasta hace poco se tenía más presente sólo la función de plantilla o de réplica. Ésta se asocia con la herencia de los caracteres y es altamente conservada; sólo se modifica por mutaciones. Pero sin duda la función más importante para la psiquiatría y la psicología es la de transcripción. Y ésta es altamente regulada por factores ambientales.

⁴ Ver por ejemplo: Kandel E. *Psychiatry, Psychoanalysis, and the New Biology of Mind*. American Psychiatric Publishing, Arlington, 2005

⁵ Kandel E. A new Intellectual Framework for Psychiatry. *Am J Psychiatry* 155: 457-469

Quiero destacar aquí que es cada vez más claro que la dicotomía gene-ambiente puede ser considerada artificial. Los genes no se expresan en el vacío o en un espacio etéreo, sino que en un ambiente concreto. Asimismo, lo que llamamos ambiente sólo tiene sentido en la medida en que permite y moldea la expresión de una información genética específica. Quizá debiera hablarse de “gene-ambiente” como la verdadera unidad de estudio y tener en mente que cada uno de sus términos sólo puede entenderse en relación con el otro. La genética moderna nos abre a un mundo fascinante. Comenzamos a entender cómo la transcripción de DNA a RNA mensajero, y la traducción de éste en una proteína, son procesos de elevada plasticidad y regulados por el entorno.

Kandel estudió a fondo los procesos de aprendizaje y cómo éstos se traducen en cambios de la expresión genética. Por ejemplo, aumenta la transcripción de algunos genes, o se expresan otros antes inactivos y se forman nuevas estructuras proteicas, sinapsis y circuitos neuronales. La psicoterapia puede ser entendida como una forma de aprendizaje y, por lo tanto, es posible estudiar sus bases biológicas.

Un punto muy interesante es que los trabajos de Kandel fueron efectuados en *Aplysia*, un molusco marino con relativamente escasas células nerviosas. En ese modelo más sencillo pudo determinar los mecanismos moleculares de la memoria de corto y de largo plazo. Pero lo que se puede aprender del estudio de una única sinapsis, y en un organismo muy simple, puede permitir entender procesos cerebrales tan complejos como los que ocurren en el cerebro humano. Y eso sucede porque los seres vivos poseen funciones biológicas similares. Al parecer, todos los organismos vivos tienen un origen común. El DNA es una estructura que se encuentra tanto en las bacterias como en los mamíferos superiores. Es esta comunidad de los seres vivos la que le permite a Kandel extrapolar sus hallazgos en la *Aplysia* a los procesos de aprendizaje en el ser humano, incluida la psicoterapia. Y él hace un llamado al psicoanálisis, posiblemente la orientación que a comienzos del siglo XX más se había alejado de la biología (pese a la formación como neurólogo de Freud), a reformularse a la luz de los nuevos avances en neurociencias. Me parece un hermoso ejemplo que sea él, que durante su residencia en psiquiatría fue desalentado por sus supervisores psicoanalistas a interesarse en las neurociencias, quien hace –ahora desde las neurociencias– un llamado a la integración. Creo que nos muestra el mejor camino: no encerrarnos en una sola visión de lo que debe ser la psiquiatría y mantener un constante diálogo entre sus corrientes.

GPU: Pero esta nueva biología de la mente es mucho más amplia que lo señalado hasta el momento. Incluye también la disciplina conocida como “Evo-Devo”, una fusión de las teorías evolucionarias (filogenia) y del desarrollo individual (ontogenia). Es conocido que lo que llamamos “trastornos mentales” puede al menos ser situado en tres espacios diferentes en este continuo: a) Adaptaciones que, por desfase evolucionario respecto de los vertiginosos cambios ambientales de los últimos siglos, toman un carácter disfuncional. b) Vulnerabilidades a diferentes noxas producto de lo que se conoce como “hipermorfosis”, es decir, del tiempo prolongado que toma el neurodesarrollo humano. c) Modelamiento cerebral disfuncional por interacciones inadecuadas con el ambiente intersubjetivo (formas fallidas de apego, por ejemplo). Estos conceptos están integrándose a la psiquiatría y provienen de campos muy diferentes a los de la psiquiatría biológica. A su juicio, ¿esta nueva perspectiva ha sido acogida por la psiquiatría biológica?

HS: “Evo-Devo” es una nueva disciplina que estudia las relaciones entre ontogenia y filogenia y que ha hecho aportes muy interesantes a la teoría de la evolución. Cuando Darwin escribió “El origen de las especies” su planteamiento esencial fue que, dentro de una variación continua de los individuos, se seleccionaban aquellos que tuvieran características que les otorgaran mayores ventajas adaptativas. Pero ya entonces advirtió que los datos de la paleontología no parecían apoyar esta afirmación. Los restos fósiles deberían mostrar diversas variaciones intermedias, desde las primitivas formas de vida hasta las especies actuales, pero eso no ocurría. Prácticamente la totalidad de los vertebrados se originó en un periodo relativamente breve. Es lo que se conoce como “la explosión Cámbrica”. Por lo tanto, las nuevas especies no se establecieron en base a pequeños cambios que se seleccionaron en el tiempo, sino que en un lapso relativamente breve aparecieron rasgos y estructuras completamente novedosos, los que difícilmente pueden ser consecuencia de pequeños cambios en el genoma.

Hoy los estudios genéticos y de biología molecular enfocados en la ontogenia nos están dando una respuesta a ese hecho. La biología comienza a descifrar las claves del desarrollo embrionario de los organismos y a entender por qué mecanismos actúa la evolución. Por ejemplo, desde el punto de vista de la forma corporal, el poseer un eje antero-posterior y una simetría a lo largo de ese eje es un plan común a diversas especies. Este diseño corporal está determinado por los llamados genes Hox. Éstos representan verdaderos módulos reguladores de la producción de estructuras completas y son compartidos por las distintas especies. Se trata de un

grupo de genes que se disponen en el cromosoma en el mismo orden que las partes del cuerpo que define cada uno de ellos. Todos los animales tienen una decena de genes Hox, que generalmente aparecen dispuestos en fila. Incluso son intercambiables entre especies. El gene que especifica la cabeza de una mosca también especifica la cabeza del ratón, el sapo y el ser humano. Estos genes no hacen estructuras sino que seleccionan una u otra estructura dentro de las disponibles para cada especie: así, un gene Hox humano que especifica la cabeza, produce una cabeza de mosca si es ubicado en el genoma de la mosca.

Éstos y otros “genes homeóticos” influyen en los planes corporales que se repiten de una especie a otra. Por ejemplo, establecen que la cabeza se ubique antes del tórax y éste antes del abdomen. Determinan los diversos segmentos, o sus equivalentes, en anélidos, insectos o mamíferos. Por eso, hoy se cree que la evolución ocurrió a saltos, mediante la duplicación o multiplicación de genes que contienen estos “programas de construcción corporal” tanto en vertebrados como en invertebrados.

Otro ejemplo es el gene Pax 6, el que tiene una secuencia que determina la formación de ojos en la mosca *Drosophila*. El mismo gene determina la formación de ojos en los mamíferos, incluido el ser humano. Es, por decirlo así, un gene con un “programa de formación de ojos”, que se expresa en diferentes especies según su acción sobre otros genes.

El eje antero-posterior y el ojo son ejemplos de sistemas complejos, de diseños acabados desde su aparición y surgidos una sola vez en la historia. La selección natural parece que actúa sobre estos esquemas básicos, produciendo refinamientos ulteriores.

Los hallazgos mencionados nos permiten entender cómo pudieron desarrollarse estructuras o funciones complejas que representan verdaderos “saltos evolutivos”. Algo así ocurre con la adquisición del lenguaje –característica distintiva de nuestra especie– y la aparición de estructuras sintácticas complejas y universales, como lo mostrara Chomsky.

Las implicancias de estos hallazgos para la psiquiatría están por verse, pero tal como se señala, una serie de conceptos basados en la perspectiva evolucionaria ya se han integrado a la comprensión de los trastornos mentales. El año 2007 *Gaceta de Psiquiatría Universitaria* publicó las ponencias del Simposio “Evolución y Psiquiatría Contemporánea”. Creo que es un primer paso en nuestro medio de dar a conocer estas nuevas perspectivas y que debiera ser seguido por otras iniciativas en el mismo sentido.

GPU: *Aparte de una gran cantidad de libros, artículos clínicos y conferencias, usted ha desarrollado un amplio campo de investigación, que, pensamos, refleja lo que a usted lo ha inquietado como académico. Reproducimos aquí la lista de sus proyectos aprobados por FONDECYT (desde la actualidad hasta años anteriores), puesto que los lectores están interesados en conocer la trayectoria de los entrevistados con algún detalle. ¿Qué opina al mirar globalmente la evolución de sus temas de investigación?*

- *Estudio comparativo clínico y genético entre pacientes con Trastorno Límite de Personalidad y Trastorno Bipolar II.*
- *Marcadores moleculares como elementos predictivos tempranos de la eficacia del tratamiento con antidepresivos.*
- *Marcadores genéticos de impulsividad-agresividad y predicción de respuesta al tratamiento con fluoxetina en los trastornos de personalidad.*
- *Estudio clínico farmacológico y neuroquímico de la impulsividad y alteraciones cognitivas en los trastornos de la personalidad*
- *Estudio clínico, neurobiológico y terapéutico de los subgrupos paranoico y parafrénico del trastorno delirante (paranoide)*
- *Estudio clínico, psicométrico y neurobiológico de la impulsividad en los trastornos límite de la personalidad.*
- *Trastornos delirantes (paranoia) efecto de la pimozida sobre el delirio y los niveles plasmáticos del ácido homovanílico (HVA).*
- *Receptores de aminoácidos excitatorios en linfocitos de pacientes esquizofrénicos y acoplamiento de receptores d1 y d2 a los fosfoinositoles.*
- *Indicadores cronopsicométricos del estado afectivo: su uso en la predicción de respuesta a antidepresivos.*
- *Interacción química entre vías neuronales glutamatergicas y dopaminérgicas en el núcleo acumbens: su importancia en la fisiopatología de la esquizofrenia.*
- *Efecto del haloperidol en la psicopatología y niveles plasmáticos del ácido homovanílico en pacientes esquizofrénicos con predominio de síntomas negativos.*

HS: Al mirar el listado de proyectos me surgen varias reflexiones. La primera es acerca de la carrera del investigador clínico. Mientras los científicos básicos tienen como tarea fundamental la investigación, los clínicos sólo dedicamos una parte del tiempo a esa tarea. No obstante, esa desventaja se ve compensada porque de

la práctica clínica surgen algunas de las preguntas más interesantes para investigar.

Mirando retrospectivamente, advierto que he hecho una carrera de investigador muy clásica. Participé en los primeros proyectos como colaborador y luego como co-investigador. De esa manera aprendí a integrar equipos y a desarrollar líneas de trabajo. Con posterioridad he sido investigador responsable de varios proyectos, he formado parte de los grupos de estudio de FONDECYT y he dirigido tesis de magíster y doctorado en la Universidad de Chile.

Otro aspecto es el relacionado con la colaboración entre diversos centros. En un país pequeño como el nuestro la cooperación entre grupos de investigadores debiera ser mucho más frecuente y nuestra experiencia al respecto ha sido muy positiva. Nuestros primeros proyectos fueron realizados entre la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile y la Unidad de Psiquiatría de la Universidad Católica, que dirigía el Dr. Rodrigo Labarca. Con él aprendimos a investigar seriamente, lo que siempre le agradeceré, y empleamos integradamente los recursos que nos podía ofrecer cada institución. Con posterioridad realizamos investigaciones conjuntas entre la Clínica Psiquiátrica y el Hospital Psiquiátrico con los Drs. César Ojeda y Jorge Cabrera. Nuestros últimos proyectos los efectuamos en conjunto con investigadores de los Programa de Genética Humana y de Biología Molecular del Instituto de Ciencias Biomédicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

Y a este respecto, otro punto que quisiera señalar es el de la integración básico-clínica. Hemos tenido la oportunidad de trabajar con bioquímicos, farmacólogos y genetistas, en una asociación mutuamente enriquecedora. En nuestro medio hay investigadores básicos de primer nivel, interesados y dispuestos a trabajar con los clínicos. Creo que debemos tener una actitud más activa de acercamiento hacia ellos para incentivarlos a trabajar en temas de interés mutuo.

En cuanto a nuestros proyectos de investigación, partimos interesándonos en la esquizofrenia y la depresión, para luego investigar en trastornos delirantes y en el trastorno límite de personalidad. La razón fue la búsqueda de entidades que constituyeran modelos psicopatológicos más puros de los fenómenos que nos interesaba estudiar. Por ejemplo, los trastornos delirantes –y en particular la paranoia clásica– son cuadros en los que prácticamente la única manifestación es el delirio. No presentan alucinaciones ni alteraciones formales del pensamiento, como las esquizofrenias, sino sólo delirios sistematizados. Pudimos constatar que el delirio de estos pacientes difiere del que aparece en la esquizofrenia y prácticamente no responde al empleo

de antipsicóticos. Podemos suponer entonces que poseen una fisiopatología distinta.

Quizá el investigar con pacientes tan difíciles de integrar a un protocolo experimental, como los trastornos delirantes, fue lo que nos animó a hacerlo con otros pacientes también complejos de estudiar. Se trata de los trastornos límite de personalidad. También ellos representan un buen modelo psicopatológico, en el sentido de que la manifestación central del cuadro –a nuestro juicio– es el descontrol de impulsos. Y es a partir de la impulsividad y de sus correlatos neuroquímicos, cognitivos y genéticos, que hemos seguido investigando en esta patología.

Nuestros proyectos más recientes se orientan a la genómica y la farmacogenómica. Se trata de nuevas disciplinas que pueden hacer importantes aportes a la comprensión de los trastornos psiquiátricos y a su terapéutica. Actualmente investigamos uno de los temas que suscita más controversias: el de si los trastornos límite de personalidad forman parte del llamado “espectro bipolar”. La originalidad de nuestro enfoque consiste en el empleo conjunto de una aproximación clínica y genética, lo que no había sido hecho hasta ahora. Esperamos que esta estrategia nos permita contribuir a dilucidar una controversia que tiene importantes implicancias nosológicas y terapéuticas.

GPU: *A nombre de los lectores le agradecemos por haber respondido a nuestras preguntas. Si usted desea agregar o comentar algo adicional, puede hacerlo con entera libertad.*

HS: Quisiera terminar esta entrevista con un par de comentarios.

El primero es sobre los enormes cambios que ha experimentado la psiquiatría en los últimos años. El conocimiento en neurociencias ha modificado profundamente el modo cómo entendemos y tratamos las enfermedades mentales. Y así como la “psiquiatría biológica” original fue muy determinada por los nuevos desarrollos de la bioquímica cerebral, el siglo XXI se inaugura con los extraordinarios progresos en el conocimiento de las bases genéticas y moleculares de la conducta. Enfrentamos el desafío de aprender un nuevo lenguaje e incorporar nuevos conceptos para poder seguir esos progresos. Debemos estar atentos a estos avances, ya que nos pueden permitir adentrarnos profundamente en los mecanismos que subyacen a la patología psiquiátrica y llegar a disponer de terapéuticas completamente nuevas, más eficaces y seguras que las actuales. Pero no por eso debemos perder de vista la extraordinaria complejidad del ser humano, tener presente que la biología es sólo una de sus dimensio-

nes y que ignorar sus aspectos psicológicos, culturales y espirituales, sólo nos llevaría al empobrecimiento de nuestra especialidad.

El segundo aspecto que deseo destacar es la importancia de abordar los nuevos desarrollos con una perspectiva histórica. El conocimiento de los aportes de los grandes constructores de la psiquiatría –Kraepelin, Janet, Freud o Jaspers, por mencionar algunos– nos permite tener una base sólida, desde la cual podemos

enfrentar los nuevos derroteros con mayor humildad y realismo. En algunas conferencias he sostenido –y lo reitero aquí– que si se quiere saber la dirección hacia la que uno se encamina, hay que mirar hacia atrás para ver cuánto se ha avanzado. Aunque eso no diga cuán cerca se está de la meta, por lo menos evita dar vueltas en círculo. O permite darse cuenta que mucho de lo que hoy creemos original ya ha sido planteado antes por otros y, no rara vez, con mayor profundidad.

CRÓNICA

15 AÑOS DE INVESTIGACIÓN EN PSICOTERAPIA EN EL CONO SUR LATINOAMERICANO¹

(Rev GPU 2008; 4; 1: 51-64)

Juan Pablo Jiménez²

Con este encuentro celebramos 15 años de vida del capítulo latinoamericano de la *Sociedad de Investigación en Psicoterapia*. Denise Defey, nuestra presidenta, me ha invitado a dirigirles la palabra, considerando que, en 1992, un grupo de entusiastas clínicos, aspirantes a investigadores, me encomendaron la misión, precisamente, de organizar y constituir lo que después sería reconocido como el capítulo sudamericano de la *Society for Psychotherapy Research*. Debo aclarar desde ya que hacer el registro sistemático del avance de la investigación en psicoterapia en Latinoamérica es una tarea pendiente que requiere de la aplicación de metodologías probadas. Yo me limitaré a entregar un panorama general desde el particular punto de vista de mi propia subjetividad, intentando, eso sí, representar una visión que interprete, o más bien que interpele, a otros. Por lo tanto, les ruego toleren mis sesgos y espero que nadie se sienta excluido o no reconocido en lo que merece.

CUÁNDO NACIMOS Y CÓMO LLEGAMOS A SER QUIENES SOMOS

El primer hito de nuestro capítulo fue plantado en el año 1992 cuando un pequeño grupo de psicoterapeutas argentinos, uruguayos, brasileños y chilenos, nos convocamos en el hotel *San Francisco*, en Chacras de Corías, localidad aledaña a la ciudad de Mendoza, para dar a luz al capítulo sudamericano de la *Society for Psychotherapy Research*. Nació el bebé y nuestros padrinos de bautismo fueron Horst Kächele y Ken Howard.

El comité organizador del encuentro de Mendoza estuvo formado por Juan Pablo Jiménez, Guillermo Lancelle, Eduardo Issaharoff, Jorge Olagaray y por Horst Kächele, quien actuó *ex officio*. Entre los asistentes estuvieron: del Uruguay, Pablo Alterman, Marina Altman, Ricardo Bernardi, Angel Ginés y María Inés Mosca. De Buenos Aires, Manuel Artiles, Adela Duarte, René Epstein, Rodolfo Espinosa, Aiban Hagelin, Eduardo Issaharoff, Guillermo Lancelle, Ernesto C. Liendo, Clelia Manfredi, Marta Martínez, César Pelegrín, José Plaza de Ayala, Roberto Rocca, Elena Scherb, Ricardo Spector,

¹ Esta conferencia fue presentada en Montevideo en octubre de 2006.

² Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Oriente. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Asociación Psicoanalítica Chilena. E-mail: jjimenez@med.uchile.cl

Inés Villamarín, Liliana Winograd y Benzion Winograd. De Brasil: Nara Carón y R. Stein Maltz. De Chile, Juan Pablo Jiménez, Guillermo de la Parra, Ramón Florenzano, Rogelio Isla, Constanza Buguña, María Silvia Vega, Víctor P. Lobos, Andrea Coggiola Villena, Claudia A. Valdés, María Eugenia Boetsch, Fernando Araos, Claudio Martínez, Andrés Belmar y Andrés Muñoz. De Mendoza: María Eugenia Carbonari, Ana María G. de Olagaray, Cristina Hernández, Marta Ivaldi y Jorge Olagaray. De USA, Ken Howard y de Alemania, Horst Kächele.

Horst Kächele visitó Chile por primera vez en 1982, hace 25 años. Lo conocí en casa de Guillermo de la Parra, quien aún se desempeñaba como investigador a tiempo completo en neurofisiología, y asistí a algunas de sus conferencias. Fue ésa la primera vez que tomé contacto con la investigación en psicoterapia. Poco tiempo después Guillermo viajó becado a Ulm, desde donde volvió como flamante Doctor en Medicina, grado que logró con una tesis en la que investigó, con técnicas de análisis de contenido verbal con ayuda computacional, 282 primeras entrevistas almacenadas en el banco de datos de Ulm –banco formado y desarrollado por Erhard Mergenthaler–, encontrando indicadores lingüísticos diferenciales de acuerdo con el diagnóstico, la edad y el género de los consultantes. Desde 1982 hasta hoy día, Horst Kächele nos ha visitado muchas veces y, mostrando un entusiasmo inagotable sólo comparable con su generosidad, ha oficiado de patrocinador de la investigación empírica en psicoterapia en toda Latinoamérica. Yo mismo, en 1985, haciendo uso de una beca de la Fundación Alexander von Humboldt, hice efectiva una invitación de Helmut Thomä y de Horst Kächele para ir a trabajar con ellos como investigador asociado, en el desarrollo de un proyecto de investigación en proceso psicoanalítico, tomando como material el caso de Amalia X. Los resultados de más de 30 años de investigación en proceso psicoanalítico en base a este caso paradigmático, grabado magnetofónicamente y almacenado en el banco de datos de Ulm, han dado origen al tercer tomo del texto de Thomä y Kächele, *Teoría y Práctica del Psicoanálisis*, que lleva por subtítulo, exactamente, *Investigación*, publicado a principios de este año, y actualmente en proceso de traducción al inglés y al español.

A mi vuelta de Alemania, Kächele insistió, hasta convencerme, de que reuniera a un grupo de psicoterapeutas de Argentina, Uruguay y Chile, para fundar el capítulo sudamericano de la *SPR*. Pero, además de Kächele, este capítulo tiene otros padrinos. Ken Howard, junto a David Orlinsky, ambos psicólogos psicoterapeutas e investigadores de Chicago, fundaron en 1969 la Sociedad de Investigación en Psicoterapia. Debo testi-

moniar acá la generosidad que estos padres fundadores han tenido con nuestro capítulo. Ken me animó y apoyó fuertemente frente a mis dudas iniciales de emprender la tarea de organizar la *SPR* en nuestra región. David Orlinsky, quien no pudo estar en Mendoza, nos visitó posteriormente muchas veces, apadrinándonos igualmente. La generosidad a que me refiero no desfallece y hoy está representada acá por la presencia de Erhard Mergenthaler, actual presidente internacional, quien también desde hace años ha apoyado decididamente nuestro capítulo.

En el primer encuentro en Mendoza, Ken Howard nos presentó los resultados del trabajo realizado en conjunto con David Orlinsky sobre el *modelo genérico* (Orlinsky & Howard 1986). En su versiones más recientes, Orlinsky, con un grupo variable de colaboradores desde la muerte de Ken, ha seguido tabulando miles de hallazgos independientes de relaciones entre variables de proceso y mediciones de resultado. Para transformar esta masa de datos empíricos en un cuerpo coherente de conocimientos se requiere de un modelo teórico de terapia capaz de organizar las muchas y distintas variables en un conjunto pequeño pero abarcativo de categorías conceptuales. Así nació el *modelo genérico*, que ha servido como un mapa de las áreas relevantes que deben ser investigadas.

Después del encuentro de Mendoza se sucedieron congresos cada dos años eligiéndose cada vez un nuevo presidente de Capítulo, quien asumió automáticamente como vicepresidente internacional. Así, primero fue Elena Sherb de Argentina (1995-1996), quien organizó el congreso sudamericano en Buenos Aires. Después la recordada Sylvia Gril, de Uruguay (1997-1998), quien estuvo a cargo del congreso en Montevideo. Siguió Paulo Souza, de Brasil (1999-2000), quien organizó el congreso sudamericano en Gramados, aprovechando la realización simultánea del congreso de la Federación Psicoanalítica de América Latina, FEPAL, que reunió a importantes investigadores, como John Clarkin y Peter Fonagy. En el periodo 2001-2002 asumió la presidencia Guillermo de la Parra, organizando en agosto del 2002 el congreso sudamericano en la localidad de Reñaca, insertándolo en el marco del Congreso Anual de Psicoterapia que todos los años realiza la Sociedad de Psiquiatría Chilena y que reúne a clínicos e investigadores de todo el país. Durante la presidencia de Guillermo de la Parra se reorganizó el capítulo, consolidándose nuestra participación en el comité ejecutivo internacional, lo que se reflejó en aranceles diferenciados para los sudamericanos. Finalmente, y antes de la elección de Denise Defey, asumió, por el periodo 2003-2004, Héctor Fernández, de Buenos Aires, bajo cuya presidencia

compañeros de nuestro capítulo empezaron a participar en la revista *Psychotherapy Research*, a través de la pertenencia al comité editorial y por la publicación de los primeros trabajos sudamericanos. Héctor Fernández presidió el congreso sudamericano en Buenos Aires el año 2005, donde fue elegida Denise Defey, quien nos convoca hoy. Los compañeros uruguayos, sin embargo, merecen ser destacados de manera especial en esta breve historia que he reseñado. El año 2001 se realizó exitosamente en esta ciudad el Encuentro Mundial de la SPR, poco antes de que Silvia Gril nos dejara finalmente derrotada por una cruel enfermedad. A pesar de estar enferma, ella dirigió con valor y diligencia la organización del congreso, acompañada por compañeras y compañeros de capítulo. Valga este recuerdo como un homenaje a ella y, en ella, a todos los que han colaborado a lo largo de estos 15 años.

Durante este tiempo hemos asistido al surgimiento en el cono sur del continente de la investigación en psicoterapia. En los sucesivos congresos sudamericanos de la SPR se ha podido observar un acelerado progreso. Puedo testimoniar que, cuando hace tres lustros fundamos el capítulo, teníamos muy poco conocimiento de lo que era investigar en psicoterapia, y con alegría constato que en este tiempo han surgido, en especial en Argentina, Uruguay y Chile, tantos jóvenes, psicólogas y psiquiatras psicoterapeutas, algunos que han completado programas de doctorado en universidades de la región y extranjeras, que empiezan a destacarse como investigadores en psicoterapia. Por ejemplo, en el último Congreso Argentino de Psicoanálisis, realizado en Mendoza en mayo de este año, asistí a la presentación de Andrés Roussos *et al.*, sobre la generación de una biblioteca clínica para investigación, una propuesta sería cuyo objetivo es recoger toda la información técnica necesaria para construir una base informatizada de material clínico que sirva para investigar empíricamente.

Dos colegas chilenos, Laura Moncada y Pedro Olivos, en una investigación publicada hace algún tiempo (2001), nos ofrecen un “panorama de las investigaciones de post-grado en el área de la psicoterapia en la última década” en Chile. Estos autores estudiaron la totalidad de las revistas de psicología y psiquiatría chilenas aparecidas entre 1990 y 1999. Entre sus hallazgos encontraron una diferencia en cantidad de investigaciones empíricas entre psicólogos y psiquiatras, siendo mayor la que aparece publicada en revistas de psiquiatría y neurología. Entre los temas más estudiados resalta la epidemiología, seguida por temas de diagnóstico y tratamiento. También fue alto el porcentaje en investigaciones sobre la percepción de la psicoterapia por parte del paciente y aspectos como el entrenamiento y su-

pervisión del terapeuta. Les sorprendió encontrar como primeros autores a un número significativo de profesionales que habitualmente no se tiende a vincular con la salud mental, como sociólogos, lingüistas y pediatras. Afirman que su muestra confirma un progresivo aumento de investigaciones en ciencias sociales que obtienen financiamiento a través del Fondo Nacional de Ciencia y Tecnología, Fondecyt; destacan el aumento de los fondos concursables de las universidades y la creación de espacios de discusión interna en relación con temas de investigación en psicoterapia. A esto último hay que agregar el aumento notorio de programas de post-grado (magíster y doctorados) junto con la realización en los últimos años en Chile de numerosos congresos y encuentros que estimulan a los investigadores, algo que por cierto no ha sido ajeno a las actividades del capítulo sudamericano de la SPR. En este sentido, también es sorprendente el desarrollo de aquellos que, no siendo tan jóvenes, han puesto su tiempo e interés en aprender y en fomentar la educación de los compañeros más jóvenes. Finalmente, habría que agregar que también observamos un creciente interés en la investigación cualitativa, que ha sido fomentada desde los programas universitarios de postgrado.

En mi condición de evaluador de proyectos de investigación para fondos concursables en Chile y, en esa misma calidad, como miembro de Consejo Asesor de Investigación (Research Advisory Board) de la Asociación Psicoanalítica Internacional puedo dar fe del aumento cuantitativo pero, sobre todo, de la calidad de la investigación en psicoterapia en nuestra región.

En lo que sigue, quisiera referirme a tres puntos que creo siguen siendo encrucijadas ineludibles de nuestro trabajo cotidiano y de nuestra misión como sociedad científica. La primera se refiere a la relación entre investigación y práctica clínica. La segunda al aporte de la investigación a la planificación y al desarrollo de políticas de Salud Mental. Finalmente, y en una mirada de futuro, diré algo acerca de la formación de investigadores en psicoterapia de alto nivel.

INVESTIGACIÓN Y PRÁCTICA CLÍNICA

En una primera mirada superficial de la literatura sobre la relación entre la práctica clínica y la investigación en psicoterapia, llaman la atención ciertas palabras que se repiten una y otra vez. Términos como brecha, grieta, o falla geológica, nos entregan una impresión problemática e incierta sobre la posibilidad real de establecer puentes entre ambos campos pues, ¿quién se arriesgaría a construir un puente sobre una falla geológica? Inevitablemente, el roce entre las placas tectónicas termi-

nará dando origen a un temblor que, si no lo destruye, lo dejará mal parado. Refiriéndose al asunto de la relación entre investigación y psicoanálisis, Peter Fonagy publicó un trabajo bajo el sugestivo título de “Agarrando ortigas o de por qué la investigación psicoanalítica saca ronchas” (2000), aludiendo con esta metáfora a la difícil situación en que nos encontramos los psicoanalistas comprometidos con investigación empírica frente al resto de nuestros colegas clínicos, a saber, frecuentemente frustrados y con una sensación de futilidad, enfrentando el apasionado rechazo con que éstos suelen recibir nuestras argumentaciones y los resultados de nuestras investigaciones. La descripción que este investigador británico hace de la situación es dramática. Después de desplegar una extensa argumentación sobre la imperiosa necesidad de tender puentes entre la orilla clínica, donde reina la sobreabundancia del pensamiento metafórico, y la orilla del “ascetismo cognitivo” –como la llama–, propio de la investigación científica, Fonagy concluye diciendo que “la investigación no es para todos. La investigación –dice– es para aquellos que quieren vivir en el quiasma, profesionalmente en la tierra de nadie, que toleran que sus motivos sean vistos como sospechosos o incluso como traidores por ambos lados, que quieren trabajar más duro que la mayoría, como hijos de padres separados que se esmeran en probar su fidelidad a ambos, que pueden sobrellevar la carga de sentirse incompetentes en sus dos profesiones [la clínica y la investigación], sobreviviendo necesariamente con una magra ración de convicciones” (p.195). Pareciera entonces que los puentes entre la clínica y la investigación en psicoterapia se construyen, en primer lugar, en la mente de algunos, esto es, su tendido pasa por la subjetividad de ciertos clínicos inquietos, insatisfechos con los métodos tradicionales de lograr conocimiento, que huyen del aislamiento del psicoterapeuta que trabaja solo en su consultorio haciendo uso de teorías que no encuentran otra validación que la respuesta individual de su cliente, pues los investigadores son clínicos que se plantean cuestiones acuciantes que la clínica simplemente no puede contestar.

En agosto de 1990, a pocos días de mi vuelta a Chile desde Alemania, después de estar cinco años trabajando en clínica e investigación en el departamento de psicoterapia de la Universidad de Ulm, participé en una mesa redonda sobre investigación en proceso psicoanalítico en el Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis que tenía lugar en Río de Janeiro. Mi presentación fue breve y concisa: siguiendo las reglas del “ascetismo cognitivo” expuestas por Wittgenstein en su *Tractatus*, donde sostiene que “lo que puede ser dicho, debe serlo con claridad, y sobre aquello de lo que no podemos

hablar debemos pasar en silencio”, hablé sobre las condiciones que debían ser satisfechas para investigar en proceso psicoterapéutico. Planteé que debíamos tomar decisiones sobre el asunto de la definición de los datos relevantes, sobre la recolección de los mismos, y sobre su elaboración y análisis. Después de eso callé. Nunca había asistido a una audiencia que reaccionara tan agresivamente. El auditorio estaba irritado y vociferante, se me dijo que había abandonado el psicoanálisis, que era un positivista trasnochado que, por cierto, estaba más cerca de Wundt que de Freud, que mataba la poesía en la terapia, que era un fascista, en fin, que me había tragado entero a Pinochet. En esa ocasión tuve mi propia experiencia de haber confundido el te de menta con una infusión de ortiga, el trago me produjo un shock profundo. En mi vuelta a Latinoamérica había caído al fondo de la falla geológica, en medio de un terremoto. 15 años después, la situación ha cambiado. En el ámbito psicoanalítico, en el seno de la Asociación Psicoanalítica Internacional y también en nuestro continente, en Fepal, existen sendos comités de investigación y hay esfuerzos para promover investigadores jóvenes y proyectos de investigación cuantitativos y cualitativos.

Pero la historia muestra que no sólo en el campo psicoanalítico sino en el dominio psicoterapéutico en general, clínica e investigación se han desarrollado en comunidades separadas y en culturas diferentes. De hecho, pocos en estas comunidades leen los trabajos de la otra. Si alguno accidentalmente llega a hacerlo, suele experimentar una reacción de choque ante las concepciones profundamente discrepantes, desconcierto frente al propósito del otro, molestia ante la jerga innecesaria, pero, sobre todo, una profunda convicción sobre la irrelevancia y futilidad de la empresa del otro. Existe poco espacio para el debate, pues para debatir es imprescindible algún terreno en común donde la discusión pueda llevarse a cabo. Lamentablemente predomina la indiferencia. Esto es así, hasta que las placas tectónicas se acercan demasiado, entonces la tierra comienza a temblar.

Todo congreso de investigación en psicoterapia debiera tener, precisamente, características sísmicas, esto es, poner en jaque las convicciones de cada uno. Desde luego, para que el sismo tenga lugar, cada uno debe hacer el esfuerzo de colocarse al margen de sus propias convicciones, debe disponerse a abandonar la seguridad de las ideologías terapéuticas entrañables. Sólo así podemos esperar impactarnos mutuamente y salir enriquecidos del encuentro. Si clínica e investigación en psicoterapia son como un matrimonio mal avenido, los congresos debieran tener los efectos de una gran terapia de familia, donde cada miembro ponga sobre

la mesa sus argumentos y sea capaz de negociar con el otro. Pero no sólo eso, los puentes deben también tenderse en otras direcciones, hay aún otros barrancos que cruzar. En la SPR nos reunimos psicoterapeutas de distintos colores y pelajes: conductistas, cognitivos, cognitivo-conductuales, humanistas experienciales, gestálticos, corporales, sistémicos, psicoanalíticos –de distintas orientaciones, freudianos, kleinianos, jungianos y hasta algunos lacanianos–, y, probablemente, un número no despreciable que no se siente identificado con ninguna de estas categorías. Hay especialistas en terapias individuales, de grupo, de pareja y familia, en adultos o en niños y adolescentes. Habrá algunos que les gusta trabajar con pacientes severamente perturbados, psicóticos o con trastornos graves de personalidad, otros que prefieren clientes que buscan más bien el desarrollo personal, donde la patología no sea tanto el motivo de consulta principal. Entre Uds. hay terapeutas principiantes y experimentados, unos que trabajan exclusivamente en la práctica privada, otros que están o han estado comprometidos en la red de servicios públicos, sea en consultorios de atención primaria o en servicios de psiquiatría, en hospitales generales o en hospitales psiquiátricos. Desde luego, también hay un puñado que trabaja en la universidad y dedica parte de su tiempo a la investigación y la docencia. Finalmente, algunos son psiquiatras y otras psicólogas, y entre estos dos grupos de profesionales las cosas no son fáciles.

En un trabajo que presenté en el Segundo Encuentro del Capítulo Sudamericano de la SPR, realizado en Santiago en 1994, Jorge Manzi investigó empíricamente la percepción de roles profesionales de la salud mental en Chile, concluyendo que “los hallazgos obtenidos para el caso de los psicólogos clínicos y psiquiatras revelan que efectivamente subsisten importantes tensiones en la relación de estos grupos que, en última instancia, producen ineficiencias en el uso de recursos y competencias profesionales, y que significan mayores costos para quienes acuden a demandar los servicios de estos profesionales, sea porque tienden a duplicar prestaciones, o porque no se recurre con la prontitud debida a los servicios del otro grupo profesional en caso de que éstos fueran requeridos” (1995, p. 85).

La posibilidad de un intercambio constructivo entre investigación y práctica clínica se complica aún más si introducimos en nuestro análisis la relación de ambas con el nivel en el que se toman las decisiones sobre políticas en Salud Mental. Quienes toman decisiones sobre política y administración en salud manejan problemas complejos desde múltiples perspectivas y tienen un sesgo propio para recolectar y analizar los hallazgos de la investigación en psicoterapia, donde ciertamente el

estudio económico de la relación costo-beneficio pasa a ocupar un lugar preeminente (Waddel 2001).

En un trabajo anterior (Jiménez 2000) señalé que la experiencia internacional enseña que existe el peligro real de que los hallazgos de la investigación empírica en psicoterapia sean usados de manera no crítica por las autoridades como un recetario para planificar y regular la práctica psicoterapéutica. En la medida en que la evidencia que surge de la investigación empieza a formar un cuadro coherente, aumenta la tentación de convertir estos hallazgos en respuestas definitivas, sin considerar la extrema cautela con que los propios investigadores los entregan a la consideración de la comunidad científica. Elliot & Morrow-Bradley han afirmado que, en Estados Unidos, las instituciones de salud administrada han justificado las cuestionables restricciones en la atención de pacientes sobre la base de una selección miope de los hallazgos de investigación en psicoterapia (cit. por Talley *et al.* 1994). Este punto también tiene que ver con el mal uso que los medios masivos de comunicación hacen de la investigación. Talley, Strupp & Butler (1994, p.258), editores de un libro que trata justamente sobre los puentes entre investigación y práctica psicoterapéutica, nos recuerdan que la prensa americana publicó la noticia sobre el ya famoso Estudio Colaborativo para el Tratamiento de la Depresión del NIMH (Elkin, Shea, Watkins *et al.*, 1989) con la afirmación de que “la depresión ahora se cura en 16 sesiones de psicoterapia”, sin considerar para nada que los estudios de seguimiento de esa misma investigación y de otras afines ofrecen una fuerte evidencia de que la depresión requiere de un tratamiento mucho más largo si es que se pretende disminuir la tasa de recaídas.

Para tender puentes entre la práctica clínica y la investigación en psicoterapia hay que considerar no sólo el contexto más amplio de la psicoterapia inserta en el sistema de atención en salud sino también la diversidad de orientaciones y compromisos psicoterapéuticos. Espero que cada uno me escuche desde la frontera de sus propias convicciones pues, como dije, sólo situándonos al margen de nosotros mismos podremos encontrar nuevos puntos de contacto. Quiero pensar que cuando me pidieron que me dirigiera a Uds. se reconoció que esto de vivir en el quiasma y en la tierra de nadie profesional es una de las características de nuestras propias biografías. En mi caso, como psiquiatra, psicoterapeuta y psicoanalista, a principios de los ochenta, siendo primero director del consultorio externo del Hospital Psiquiátrico de Santiago y después jefe de un sector de hospitalización, me esforcé por aplicar un modelo pluralista. En el año 1982 plasmamos esa experiencia en un trabajo que titulamos “Pluralismo teórico en la

constitución de un equipo de salud mental destinado a la rehabilitación" (1983). En la Introducción al texto de Psiquiatría que editamos ese mismo año (1982), escribí que "no es posible renunciar a los distintos modelos teórico-prácticos que actualmente configuran nuestro quehacer. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que tampoco es fácil trabajar con ellos simultáneamente" (p. 20s). En "esta especialidad –agregué– los dogmatismos no están al servicio del progreso del conocimiento, puesto que todos los modelos son abiertos, vale decir, tienen puntos de contacto." (p.22) Releyendo ese mismo texto encuentro las razones de mi interés en la investigación en psicoterapia. En uno de sus párrafos afirmo que "debemos reflexionar acerca de la práctica, sobre aquello que *realmente hacen* los psiquiatras. Esto es complicado –continúo– porque lo que un especialista dice que hace, la mayoría de las veces corresponde a aquello que idealmente quisiera hacer y que se expresa en una concepción coherente de la enfermedad mental, el rol del psiquiatra y la naturaleza del acto médico." (p.13) Pienso que fue esa inquietud la que me llevó a interesarme en la investigación empírica: descubrí que la misma discrepancia entre práctica idealizada y práctica real se da en las discusiones psicoterapéuticas

El conocimiento actual sobre los procesos de procesamiento de información y de toma de decisiones del terapeuta (véase Caspar 1997) nos permite entender mejor la manera indirecta y contextual en la que los clínicos podemos utilizar los hallazgos empíricos. Es claro que los estudios empíricos entregan perfiles de pacientes promedio que no representan a ninguna persona actualmente existente; además, usan instrumentos de evaluación que tampoco reflejan la manera clínica de acercarse a los fenómenos. Sin embargo, Maling & Howard (1994) hacen notar que la mente del clínico trabaja con el supuesto de que hay clases o grupos de pacientes que responden de manera similar a las mismas intervenciones técnicas. Lo que se sugiere, entonces, es que los hallazgos empíricos pueden organizarse en torno a prototipos, semejantes a las clases con las que trabaja el clínico. De este modo, la información empírica puede ser usada por el terapeuta práctico.

Sin embargo, la organización de la información empírica "cruda" en "prototipos útiles en el proceso de construir un procedimiento terapéutico individualizado para cada nuevo paciente y para cada nueva situación" (Caspar 1997 p.107), pasa por la construcción de modelos teóricos. Los modelos así concebidos son una forma "blanda" de estandarización, a diferencia de la forma "dura", preconizada por el movimiento de salud mental basada en la evidencia, que pretende encontrar procedimientos específicos y cuasi algorítmicos para

cada trastorno del DSM. Son estos modelos heurísticos, como interfase entre la investigación y la clínica, los que pueden ser enseñados en los programas de formación de psicoterapeutas.

En la construcción de modelos heurísticos que permitan la utilización clínica de los hallazgos empíricos, pienso que uno de los casos más logrados es el *modelo genérico* de Orlinsky y Howard (1986). Dentro de las categorías del modelo genérico me interesa destacar acá la estrecha relación que éste asigna al impacto de las intervenciones técnicas del terapeuta, la disposición del paciente para recibir las y la calidad del vínculo entre ambos. El monitoreo de la interacción de estos tres aspectos en las sesiones de terapia son de gran utilidad no sólo en el propio trabajo como terapeuta sino también en las supervisiones de casos en psicoterapia. El modelo genérico postula que la participación del paciente en las intervenciones técnicas es crucial en el resultado del tratamiento. Los predictores más fuertes en este sentido son la capacidad del paciente de colaborar versus de resistirse al trabajo terapéutico, junto con la experiencia del paciente de afectos positivos hacia el tratamiento y la persona del terapeuta. La calidad del vínculo se expresa en dos series de fenómenos: la primera es la fortaleza de la relación de trabajo, es decir, la investidura personal de ambos participantes y la habilidad de coordinar la acción en sus respectivos roles. La otra es la calidad de su relación personal, esto es, la resonancia de la comunicación mutua y los afectos que cada uno desata en el otro.

Las categorías del modelo genérico se aplican a toda forma de psicoterapia y, por eso mismo, constituyen un lenguaje común sobre el cual basar la comunicación entre clínicos de distintas orientaciones. De este modo, descubrimos que otra función de la investigación en psicoterapia es tender puentes entre las distintas orientaciones e ideologías psicoterapéuticas.

Según nos contó Ken Howard en Mendoza, la intención de los autores del modelo genérico era precisamente ofrecer un fundamento sólido sobre el cual apoyar los esfuerzos del movimiento integracionista en psicoterapia. Son muchos los terapeutas que actualmente se definen como eclécticos o integrativos. En todo caso, Howard nos contó de la desilusión de él y de Orlinsky cuando presentaron este trabajo en un congreso de la *SEPI*, la Sociedad de Exploración de la Integración en Psicoterapia, y notaron el escaso interés de los participantes en conocer el aporte de la investigación empírica en los esfuerzos de construir un paradigma integrado en psicoterapia.

Si bien manifiestamente investigadores y clínicos persiguen el mismo objetivo, cual es el mejoramiento

de las técnicas de tratamiento, se ha dicho que esta coincidencia es más aparente que real (Roth & Fonagy 1996, pp. 41s). Mientras la investigación pretende hacer evidentes las relaciones causales entre intervenciones y mejoría mediante la aplicación de controles metodológicos, la actitud del clínico es mucho más pragmática: le interesa menos la demostración de cuál elemento es el ingrediente activo que el logro del cambio en sí mismo. En este sentido, se puede decir que el investigador busca maximizar la evidencia negativa, es decir, aumentar el nivel de cuestionamiento y crítica de los hallazgos, mientras que el práctico hace lo contrario: maximiza la evidencia positiva para poder actuar coherentemente en la situación clínica (Bowlby 1979). No puedo profundizar aquí en las implicancias de esta disposición mental del clínico práctico en el establecimiento y mantenimiento de lo que se ha llamado el *sesgo de confirmación*. En todo caso, la superación de este sesgo exige métodos externos de validación de las hipótesis que surgen en el ámbito del trabajo práctico

En mi experiencia, esta divergencia entre clínica e investigación, que aparece como tan radical, no se da en la realidad de la manera como podría desprenderse de lo dicho anteriormente. Más aún, durante los años en que estuve en contacto estrecho con actividades de investigación (1985-1990) en el Departamento de Psicoterapia de la Universidad de Ulm, observé en mi propia práctica un efecto absolutamente contrario al esperado. Después de un corto periodo en que las convicciones clínicas adquiridas durante mi formación psicoterapéutica y psicoanalítica en Chile se vieron sometidas a un cuestionamiento sistemático por el ambiente de intensa crítica que existía allí, y durante el cual me invadieron intensos sentimientos de incertidumbre y contradicción, empecé rápidamente a darme cuenta de los notables cambios que se produjeron en múltiples dimensiones de mi práctica clínica. Estos cambios coinciden con lo que Safran & Muran (1994) han descrito como “productos clínicos secundarios de la investigación”.

Lo primero es el nacimiento de una nueva “actitud empírica”, esto es, de un hábito de evaluar las propias teorías a la luz de los fenómenos observados más que de seleccionar los eventos con el objeto –desde luego, preconsciente– de fundamentar la propia teoría. El aumento en la claridad conceptual es una segunda ganancia para los clínicos que se acercan a la investigación. La necesidad de operacionalizar los propios conceptos y de articular las evidencias en pro y en contra de las hipótesis de investigación contribuye decisivamente a acotar la teoría clínica, distinguiéndola de la teoría general, más alejada de los fenómenos y por eso mismo

más proclive a la infiltración no crítica de ideologías de escuela y orientaciones terapéuticas. Esta claridad conceptual acrecienta la capacidad de hacer explícitas las propias teorías clínicas implícitas (Sandler 1983), tarea indispensable para favorecer un diálogo productivo en el ámbito clínico.

Lo notable es que este cambio de actitud frente al trabajo clínico y a las propias teorías e ideologías terapéuticas, en vez de conducir a una suerte de paralización frente al paciente, produce exactamente lo contrario. En mi experiencia, aumenta la libertad para pensar con el paciente acerca de las intervenciones técnicas que mejor pueden ayudarlo. El pragmatismo, que podría conducir a una suerte de oportunismo teórico, se ve compensado con la necesidad de fundamentar racionalmente las intervenciones terapéuticas. Caspar (1997), investigando los procesos de procesamiento de información que tienen lugar en la mente del terapeuta, hace notar que los mejores resultados en el dominio clínico de generación de hipótesis se logra con la combinación de procesos intuitivos y analítico-rationales. El entrenamiento en investigación facilita las mejores combinaciones en los procesos de información y de toma de decisiones en el nivel clínico. El hábito de documentar de manera más cuidadosa lo que realmente sucede en la terapia es, en sí mismo, un indicador enorme de progreso en nuestro campo, pues facilita el intercambio entre los clínicos, disminuye la mistificación, y promueve la capacidad de responder por los propios actos, que el público y la sociedad exigen de manera creciente.

Por último, el entrenamiento en investigación fomenta una sana actitud escéptica frente al trabajo clínico. Las limitaciones e incertezas de la metodología clínica hacen los errores inevitables y frecuentes en la labor psicoterapéutica. Rubovits-Seitz (1992) propone algunas *estrategias reparadoras*, que básicamente tienen que ver con los procesos de *aprender del error*. Lo primero es intentar reconocer los errores cuando ellos ocurren y, si es posible, introducirlos en el proceso de trabajo terapéutico. La estrategia de reconocer, corregir y aprender de los errores empieza con la expectativa de que el terapeuta cometerá errores. Una actitud de alerta frente a los propios errores supone así un cierto escepticismo: El clínico que acepta la inevitabilidad de los errores duda sistemáticamente de todo lo que atañe a la validez de sus modelos de trabajo: duda de lo que supone son los hechos, duda de las hipótesis que se plantea y de si acaso todo lo anterior calza con lo que él piensa está realmente haciendo en la terapia. Sólo así el clínico podrá modificar o descartar sus construcciones iniciales para reemplazarlas por hipótesis que den

mejor cuenta de los datos, y mejorará la coherencia interna. De este modo, cada construcción que es revisada y modificada constituirá una hipótesis alternativa. Las hipótesis en competencia son probadas en la mente del terapeuta en relación con el conjunto de los datos disponibles y, de la misma manera, cada construcción descartada representará una hipótesis refutada.

¿DÓNDE ESTAMOS?

En 1989, durante la 3ª Conferencia Europea de la SPR, que tuvo lugar en Berna, asistí a una mesa redonda dirigida por David Orlinsky sobre la psicoterapia desde una perspectiva sociocultural. En la introducción a ese panel, David señalaba que “la psicoterapia, en el sentido moderno del término, ha llegado a ser un fenómeno familiar y ampliamente extendido. Desde una perspectiva global –agregaba–, esto sucede en un grupo relativamente pequeño de sociedades, concentradas principalmente en Europa y Norteamérica. A lo largo y ancho del mundo hay muchos países que carecen de psicoterapeutas o de psicoterapia en el sentido moderno y, por supuesto, tampoco tienen investigadores en psicoterapia” (Orlinsky 1989). Según Orlinsky, la psicoterapia se ha desarrollado en las sociedades urbanas y tecnológicas con la función de lidiar con los trastornos psíquicos inducidos por el estrés sobre la base de vulnerabilidades somáticas. Los sectores educados, urbanizados y tecnológicamente sofisticados de la población son quienes más rápidamente buscan y quienes más utilizan los servicios psicoterapéuticos disponibles para lidiar con las enfermedades emocionales y con los problemas de vida. La ambigüedad del fraseo en términos de “enfermedad” o de “problemas de vida” no es un mero eufemismo para pacificar los reclamos conflictivos de terapeutas médicos y no médicos. La competencia de estas profesiones para llegar a ser reconocidos como proveedores legítimos de psicoterapia refleja en el fondo una transformación incompleta de las profesiones tradicionales en una profesión unificada de psicoterapia moderna. De hecho, no es fácil colocar límites sobre lo que debiera o no debiera ser llamado con propiedad psicoterapia. A causa del modo naturalístico de curar, la psicoterapia se asemeja a otras formas de práctica médica, sin embargo se funde también con variadas maneras no médicas de curar y de aconsejar, y con formas grupales de autoayuda que han demostrado su utilidad, por ejemplo, en servicios sociales y en educación, y en el trabajo con grupos especiales como alcohólicos y abusadores de sustancias, pacientes crónicos y sus familias, y personas solitarias o con duelos recientes.

El sociólogo británico, Anthony Giddens, es aún más definitivo que Orlinsky, cuando plantea que la “psicoterapia es... un fenómeno de la reflexividad de la modernidad”. Si bien la psicoterapia se ha desarrollado como un medio para combatir patologías de la personalidad y se constituyó recurriendo a una retórica de “enfermedad” y “curación”, para Giddens, “la importancia primordial de la terapia en las circunstancias de la modernidad tardía no reside aquí. La terapia –afirma– debería entenderse y valorarse esencialmente como una metodología de la planificación de la vida. El individuo que hoy día se supone “capaz”, no sólo ha desarrollado una comprensión de sí mismo sino que es capaz de armonizar sus intereses del momento y sus proyectos futuros con una herencia psicológica del pasado”. Así, para Giddens, la psicoterapia ha rebasado el campo médico: “La psicoterapia no es un mero mecanismo de ajuste. En cuanto expresión de reflexividad generalizada muestra plenamente las dislocaciones e incertidumbres que surgen de la modernidad. Al mismo tiempo, participa en esa combinación de oportunidad y riesgo característica del orden de la modernidad tardía. Puede fomentar la dependencia y la pasividad; pero también puede dar lugar al compromiso y la reapropiación” (Giddens 1995 pp. 228s).

De este modo, en el contexto de una economía globalizada y en una cultura de modernidad tardía, en la que las dudas existenciales sobre el sentido de la vida y la propia identidad son fuente creciente de psicopatología, la psicoterapia se ha convertido en un objeto de consumo masivo. No es por casualidad que, hace algunos años, el Consumer Reports –antigua institución americana de investigación de mercado– eligiera la satisfacción con los resultados de la psicoterapia como objeto de encuesta a miles de consumidores estadounidenses (Seligman 1995).

Sin embargo, el que la psicoterapia haya entrado a ser regida por las leyes del mercado tiene consecuencias de gran peso. Para los clínicos no es inmediatamente evidente que la práctica terapéutica esté inserta en un sistema de atención en salud. Mientras la psicoterapia era una actividad de escaso impacto económico, los psicoterapeutas podíamos mantener la ilusión de ser profesionales liberales con la posibilidad de establecer contratos de tratamiento con personas particulares, sin injerencia de terceras partes. Por otra parte, la preocupación de los gobiernos por el aumento del gasto en salud también alcanza a los psicoterapeutas, a quienes se les exige apliquen tratamientos cuya eficacia esté probada empíricamente y que maximicen la relación costo-beneficio. En nuestros países del Cono

Sur la preocupación de los gobiernos por estos temas crece día a día y los terapeutas debemos prepararnos para las negociaciones que se avecinan. De este modo, se ha ido creando un clima en el que nos encontramos a la defensiva y en la creciente necesidad de convencer a las autoridades, a la industria de seguros y a los pacientes mismos sobre el valor de nuestras terapias. En Chile, el Plan Nacional de Salud Mental y en especial el "Programa para la detección, diagnóstico y tratamiento integral de la depresión en atención primaria" (Minsal 2001), son el primer paso en una dirección que cambiará radicalmente las condiciones de la práctica psicoterapéutica, tanto en el sector público como en el privado. Los protocolos y guías clínicas contemplados en el plan AUGE constituirán, en el mediano plazo, el marco de nuestro trabajo cotidiano. El tratamiento contempla acceso a consulta con psicólogo y otros profesionales de salud mental, terapia de grupo y medicamentos según prescripción médica. En Estados Unidos la introducción de la salud administrada en la regulación del mercado psicoterapéutico pilló a los psicoterapeutas desprevenidos, creándose una situación caótica en las asociaciones gremiales y sociedades científicas de psiquiatras y psicólogos. Según Gundersen & Gabbard (1999), tal situación en parte se debe a la "extendida falta de aprecio [en la comunidad de terapeutas] de la importancia central del conocimiento logrado empíricamente y a la resistencia a considerar la preocupación del consumidor moderno sobre la relación costo-efectividad".

Por otro lado, la implementación de planes de atención garantizada, como el plan Auge en Chile, exige de investigación sobre las condiciones locales. En la "Guía Clínica para el Tratamiento de la Depresión" (Minsal 2001) se detallan de la siguiente manera las áreas que necesitan ser investigadas para una mejor aplicación del plan de tratamiento garantizado:

1. Evaluación de la efectividad y costo efectividad de una rutina de *screening* en poblaciones que están en riesgo de depresión.
2. Estudios que describan las características de los cuadros depresivos en minorías étnicas y culturales.
3. Ensayos Clínicos con poder adecuado para reportar los desenlaces relevantes, incluidas las recaídas que comparen las diferentes psicoterapias. Especialmente la terapia Conductual; la terapia cognitivo Conductual y la Terapia Interpersonal.
4. Ensayos clínicos que estudien el papel de la autoayuda inserta en un programa de tratamiento de la depresión.

5. Ensayos clínicos que estudien las diferencias de género en los diferentes componentes del tratamiento de la depresión

En Uruguay el programa de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública ha propuesto un modelo de prestaciones en psicoterapia y técnicas psicosociales, que explicita tres niveles de atención, cada uno con pautas de funcionamiento, tipo de prestaciones y, me interesa destacar sobre todo, definición de indicadores que permitan evaluar el plan (Ministerio de Salud, Uruguay, 2006). Este programa constituirá un marco que delimitará la práctica de la psicoterapia. Por su parte, la introducción de un programa de este tipo, que incluye su evaluación, requerirá, por cierto, de investigadores bien formados que lleven a cabo esa tarea.

En todo caso, es claro que los "buenos tiempos" se han ido definitivamente. Afirmaciones como la hecha por Freud en 1934 de que "la abundancia de observaciones confiables en que descansan las proposiciones psicoanalíticas las hacen independientes de verificación extraclínica", ya no satisface a las agencias sociales, al Estado y, crecientemente, tampoco a los propios psicoterapeutas. Lo que ha sido puesto en entredicho es el carácter estrictamente privado de la relación terapéutica. Consecuentemente, el principio de que "los pacientes tienen el derecho de ser tratados con métodos cuya eficacia haya sido probada" cobra cada vez más un sentido ético y legal.

Todo esto nos obliga a pensar la práctica de la psicoterapia en el contexto del sistema más amplio de la atención en salud que se rige crecientemente por consideraciones económicas de costo-efectividad y que selecciona los tratamientos ofrecidos de acuerdo con las reglas emanadas de la llamada Medicina Basada en la Evidencia.

Los años noventa vieron nacer un vigoroso movimiento de renovación científica de Medicina Basada en Evidencias. Desde que, en 1992, un grupo de académicos de la Universidad de McMaster en Canadá acuñara el término, el número de artículos sobre la práctica médica basada en la evidencia ha crecido de manera exponencial y el interés internacional sobre esta nueva concepción ha llevado al surgimiento de muchas revistas (en varios idiomas) que resumen los estudios más relevantes para la práctica médica, con una creciente difusión a lo largo y ancho del mundo. Internet ha acogido naturalmente esta manera de diseminar el saber científico médico y todos los días surgen nuevos sitios que ponen los últimos conocimientos al alcance de los profesionales de la salud y del público en general.

Aunque el concepto o idea no es nuevo, este acontecimiento surge ligado a la introducción la estadística y el método epidemiológico en la práctica médica, el desarrollo de herramientas que permiten la revisión sistemática de la bibliografía y la adopción de la evaluación crítica de la literatura científica, como forma de graduar su utilidad y validez. La medicina basada en pruebas es la manera de abordar los problemas clínicos, utilizando para solucionar éstos los resultados originados en la investigación científica. En palabras de sus precursores “es la utilización concienzuda, juiciosa y explícita de las mejores pruebas disponibles, en la toma de decisiones sobre el cuidado de los pacientes”.

Diversos estudios empíricos han mostrado que los clínicos tienden a subestimar sus necesidades de información actualizada y que, cuando las reconocen, no tienen acceso a las fuentes de conocimiento más confiables y menos sesgadas. En general, se acepta que en medicina no más del 20% de los procedimientos aplicados en clínica tienen algún fundamento científico. Esta realidad ha conducido a una brecha creciente entre investigación y práctica clínica que se manifiesta en variaciones en el diagnóstico y en la terapéutica no fundamentadas científicamente. Sólo hay dos explicaciones para tales variaciones: o no hay pruebas científicas (evidencias) en las cuales basar la práctica o estas evidencias existen pero, al menos algunos de nosotros, no las usamos. El hecho es que la “experiencia clínica” sola no basta, ésta puede estar irremediablemente sesgada si no es permanentemente criticada desde la investigación científica. El resultado inevitable de esta situación es que un grupo de pacientes no está recibiendo la mejor atención disponible en la actualidad. En la práctica médica habitual se siguen medidas introducidas de modo empírico y que se aceptan sin crítica aparente. Lo que pretende la medicina basada en pruebas es que esta práctica se adecue a la investigación clínica disponible de modo que, una vez localizada y evaluada por el médico, sea aplicada para mejorar el cuidado de sus pacientes y su propia práctica.

Si bien la investigación empírica de resultados de psicoterapia tiene una larga historia y no muchos saben que, en alguna medida, ha sido pionera en investigación empírica en psiquiatría y medicina (por ejemplo, en la aplicación del procedimiento estadístico de los meta-análisis), en la última década ésta ha confluído con el movimiento de la medicina basada en la evidencia, en una sola corriente que busca acumular apoyo empírico que justifique el financiamiento de tratamientos psicoterapéuticos frente a las agencias públicas y privadas de seguros de salud.

En los países desarrollados, donde el impacto del movimiento de tratamientos con apoyo empírico ha revolucionado la práctica de la psicoterapia, sigue habiendo un fuerte debate y una gran desconfianza por parte de los clínicos en relación con lo que podríamos llamar una “psicoterapia basada en la evidencia”. Algunos clínicos son profundamente escépticos y temen que, lejos de mejorar la atención de pacientes, esta empresa más bien cause daño. Desde luego, este escepticismo está bien fundado en ciertos problemas metodológicos de la investigación en psicoterapia. Sin pretender profundizar en este complejo tema, baste decir que la mayoría de estos problemas derivan del intento de aplicar a la psicoterapia los mismos principios que se usan para validar la eficacia de los medicamentos. Dicho en pocas palabras, la exigencia de ajustarse a los criterios científicos de aleatorización, comparación con grupo control y de ciego en la evaluación de los tratamientos ha llevado a un deterioro de la validez externa, es decir, de la posibilidad de generalizar los resultados de las investigaciones a las condiciones reales de tratamiento.

En un artículo reciente (2005), Blatt y Zuroff publicaron los resultados de un extenso re-análisis de los datos del programa de investigación colaborativo de tratamiento de la depresión, financiado por el NIMH, a disposición de la comunidad científica desde 1994. Estos autores concluyen que la evaluación detallada de los datos no apoya los supuestos básicos que subyacen a los esfuerzos contemporáneos para identificar tratamientos con apoyo empírico, cuales son: 1º que el tipo de tratamiento es un factor primario en el proceso terapéutico, y 2º que la ganancia terapéutica se expresa más efectivamente en reducción de síntomas. Muy por el contrario, y consistente con recientes y extensas revisiones de literatura especializada hechas por Lambert & Barley (2002) y por Westen *et al.* (2004), los hallazgos empíricos de Blatt & Zuroff indican que lo más importante entre los factores curativos en el tratamiento de la depresión severa en pacientes ambulatorios es la calidad de la relación terapéutica que establecen paciente y terapeuta muy tempranamente en el proceso terapéutico (en la segunda sesión de tratamiento) y las características de personalidad previas de los pacientes, en especial su nivel de perfeccionismo. Análisis ulteriores indicaron, además, que la evaluación de la mejoría, además de la reducción sintomática, debiera incluir la evaluación de la reducción de la vulnerabilidad a la depresión y el desarrollo de resiliencia, según se expresa en capacidades adaptativas aumentadas en la habilidad de manejar eventos de vida estresantes. Estos hallazgos arrojan serias dudas sobre la validez de los esfuerzos actuales de identificar tratamientos apoyados empíri-

camente en su eficacia y efectividad relativa en la mera reducción de síntomas. Este estudio de Blatt & Zuroff confirma lo que ha hecho notar Martin Seligman (1995 p.966), a saber, que “el estudio de eficacia [esto es, el estudio controlado al azar] es el método errado para validar empíricamente la psicoterapia como realmente es llevada a cabo, porque omite elementos demasiado cruciales de lo que sucede en el terreno”. En todo caso, por lo menos en Gran Bretaña, hay ciertos indicios de que se está aceptando que la psicoterapia basada en la evidencia necesita de ciertas modificaciones de las reglas de la medicina basada en la evidencia. El péndulo parece estar volviendo a un punto de equilibrio (Parry 2000). Me alegra constatar que en Uruguay, a diferencia de lo que pasa en Chile, el programa de prestaciones psicoterapéuticas y técnicas psicosociales no sigue los pasos prescritos por la Medicina Basada en la Evidencia sino más bien se ha orientado por las líneas de lo que he llamado una “psicoterapia como tecnología apropiada” (Jiménez 1995).

Con todo, quienes investigan en el área de salud mental siguen quejándose, consternados, porque el fruto de su arduo y dedicado trabajo a menudo permanece sin ser usado por los clínicos y por quienes deciden las políticas de salud. A pesar de los volúmenes de evidencias de investigación disponibles, relativamente poco es diseminado y aplicado en la práctica. Entre las muchas estrategias que se discuten para remediar esta situación hay una que quisiera destacar aquí. Se trata del fomento de la función de “corretaje de conocimiento” que debieran desempeñar algunas personas o instituciones (Waddel 2001). Estos “knowledge brokers” o “corredores de conocimiento” serían especialistas conocedores de la literatura de investigación, de los problemas clínicos y de las necesidades e intereses que guían la toma de decisiones en el nivel de las autoridades de salud. A la vez, debieran ser capaces de comunicar entre sí a las partes involucradas como también a través de los medios de comunicación masivos. A mi entender ésta es una función que debe ser fomentada por las directivas de las sociedades científicas y las organizaciones gremiales.

En la introducción al panel que tuvo lugar en el Congreso Europeo de la SPR en Berna en 1989, que referí anteriormente, Orlinsky se pregunta también sobre las condiciones de la aparición de la investigación en psicoterapia. Plantea que el surgimiento de la investigación sigue más o menos al desarrollo de un sistema maduro de atención en psicoterapia. Sin embargo, en los años ochenta había algunos países, como Israel, Italia y Francia que, teniendo un sistema de atención psicoterapéutico altamente desarrollado, no mostraban un

desarrollo equivalente en actividades de investigación. Para explicar esta divergencia, aventura algunas hipótesis: En algunos países predominaría en la psiquiatría una visión biologicista, donde la psicoterapia no se concibe como una forma relevante de tratamiento. En el otro extremo habría otros países donde la psiquiatría ha estado dominada por psicoanalistas de orientación humanista que se resisten al paradigma de la investigación cuantitativa sistemática. Con todo, también la disciplina de la psicología ha sido renuente en relación con la investigación en psicoterapia. En muchos países los psicólogos académicos se han opuesto al desarrollo de la psicología clínica como una especialidad profesional aplicada o han entrenado investigadores clínicos en orientaciones teóricas que son hostiles a la psicodinámica y a formas experienciales comúnmente practicadas. Estos investigadores prefieren los experimentos controlados del laboratorio y tienden a evitar a los clínicos prácticos en sus situaciones típicas de trabajo. Por su parte, muchos psicólogos clínicos conciben su práctica profesional de acuerdo con el durante mucho tiempo prestigiado modelo de los psicoanalistas, rechazando en principio la relevancia de la investigación empírica. Orlinsky sugiere que la investigación en psicoterapia ha surgido cuando, en psiquiatría, se junta el *training* médico con un entrenamiento equivalente en ciencias sociales y, en psicología, cuando converge el *training* en investigación básica con el estudio de los problemas y procesos clínicos reales.

La situación que describe Orlinsky para los años ochenta ha tenido un vuelco espectacular durante los noventa y hasta nuestros días. Estamos asistiendo a un cambio paradigmático en la biología y las neurociencias modernas que ha estimulado la aparición de un nuevo paradigma integrado entre las ciencias neurocognitivas y afectivas, la psiquiatría, la psicología clínica, la investigación moderna de la relación madre-bebé y el psicoanálisis. En este paradigma emergente, la investigación en proceso-resultado en psicoterapia tiene un lugar reconocido. La fuerza del cambio ha venido, sin embargo, desde la biología. A partir de los trabajos pioneros de Kandel (1998, 1999) la biología moderna ha cambiado el carácter inevitable que se le asignaba a la constitución genética, pues la investigación confirma que, si bien los procesos mentales reflejan operaciones cerebrales, y los genes –y las proteínas que éstos producen– son determinantes importantes de los patrones de interconexión entre neuronas y su funcionamiento, los genes alterados no explican por sí solos las variaciones de una enfermedad mental dada. Factores ambientales también contribuyen a la variación, pues *alteraciones en la expresión genética inducida por el*

aprendizaje dan lugar a cambios en las conexiones neuronales. Así, se concluye que la psicoterapia produce cambios persistentes en la conducta a través del aprendizaje, promoviendo cambios en la expresión de los genes, alterando la fuerza de las conexiones sinápticas e induciendo cambios estructurales que alteran al patrón anatómico de las interconexiones entre las neuronas (Kandel 1998). En este sentido surge, especialmente a partir de los estudios genético-epidemiológicos en depresión (Andreasen 1997, Caspi *et al.*, 2003, Kendler *et al.* 2003), la hipótesis psicoanalítica, de que *no es el evento estresante en sí el que desencadena la expresión de un gen, sino la manera como el individuo interpreta tales eventos, a través de la mediación de procesos representacionales intrapsíquicos, básicamente inconscientes* (Fonagy 2003). Esta nueva hipótesis integradora entre mente y cerebro abre el campo a fascinantes líneas de investigación en psicoterapia que combinan metodologías propias de la investigación proceso-resultados, con técnicas de imageneología, propias de la neurología.

UNA MIRADA HACIA EL FUTURO

Quisiera terminar mi intervención aventurando una mirada hacia el futuro. Para esto me basaré en el conocido artículo de Norcross, Alford y DeMichele (1992), aparecido en la revista *Psychotherapy*. El estudio realizado por estos investigadores de la Universidad de Scranton tenía por objetivo averiguar las principales líneas por las que seguirá en el futuro la práctica de la psicoterapia. La metodología empleada fueron encuestas dirigidas a 75 expertos en los temas relacionados con psicoterapia. Las respuestas a dichas encuestas fueron tratadas con el método *Delphi Poll* que se había desarrollado en los años cincuenta como parte de una investigación militar que intentaba recoger la opinión predictiva de expertos. La metodología *Delphi* demostró tener gran validez predictiva. Los encuestados trataron de predecir los cambios más notables que se producirán en cinco campos:

1. Tipo de intervenciones clínicas.
2. Tipos de psicoterapeutas.
3. Modalidades de psicoterapia.
4. Orientaciones teóricas.
5. Campos de intervención y tipos de acreditación para el futuro.

En relación con las intervenciones clínicas, se pronostica un aumento notable de las técnicas centradas en el presente, las estructuradas y las directivas, declinando las orientadas hacia la historia del paciente y las

poco estructuradas, además de las técnicas aversivas e implosivas. Se mantendrán las técnicas de entrenamiento para realizar cambios por uno mismo, las orientadas hacia la resolución de problemas, las que hacen uso de devolución a través de audio y video, la asignación de tareas para la casa, las centradas en mejorar la comunicación, las de reestructuración cognitiva, la exposición *in vivo* y el entrenamiento en habilidades sociales.

En relación con el tipo de terapeutas, se pronostica un aumento general de los psicoterapeutas, con un incremento relativamente mayor de terapeutas que provengan del trabajo social y de la enfermería, así como un crecimiento de los grupos de autoayuda, experimentando un retroceso el porcentaje de psiquiatras psicoterapeutas. La participación de las psicólogas se mantendrá.

En relación con las modalidades de psicoterapia, experimentarán un aumento las psicoterapias breves, la terapia familiar y la grupal. Más moderadamente aumentarán los grupos psicoeducativos, las intervenciones en crisis, la terapia de pareja y la terapia individual, disminuyendo las terapias de larga duración.

En relación con las orientaciones teóricas, mostrarán un incremento relativo las orientaciones sistémicas, las eclécticas e integrativas y las cognitivas. Las orientaciones psicobiológicas, las conductuales y las feministas mostrarán un escaso crecimiento, mientras que retrocederán el análisis transaccional, el psicoanálisis clásico y la programación neurolingüística. Las orientaciones psicoanalíticas contemporáneas se mantendrán. Como en las modalidades de intervención clínica, se pronostica que los sistemas orientados a intervenciones activas y centradas en el presente aventajarán ampliamente a los sistemas que sostienen intervenciones centradas en el pasado o en la historia personal y que sostienen roles más pasivos para el terapeuta.

Finalmente, en relación con los campos de intervención y los tipos de acreditación, se pronostica que los programas de acreditación serán desarrollados por instituciones que surtirán el mercado con sus graduados. Habrá programas de especialización que marcarán las diferencias con la práctica de los psicoterapeutas "generalistas". Habrá certificaciones en el nivel de maestrías, doctorados o títulos de especialidad que serán obligatorias para el especialista en salud mental. A los procedimientos de acreditación universitaria contribuirán las asociaciones científico-profesionales. Se prevé un aumento paralelo de la farmacoterapia, que en alguna medida estará en competencia con la oferta psicoterapéutica.

Quizás la conclusión más relevante es que la psicoterapia será progresivamente incorporada en el sistema

de atención en salud, disminuyendo la práctica privada tradicional. Esta inclusión se hará fundamentalmente de acuerdo con criterios de eficiencia, es decir, contemplando los estudios de efectividad y la relación costo-beneficio.

Desde luego, estas predicciones se aplican en primer lugar en Estados Unidos y probablemente en Europa. Además, ciertamente es posible criticar los supuestos que orientaron la confección de la encuesta y los prejuicios de los encuestados. Con todo, algunas de estas predicciones ya se están convirtiendo en realidad, incluso en nuestro país. Claro que hay algunas predicciones que faltan. Por ejemplo, se echa inmediatamente de menos la predicción relativa al aumento de la investigación empírica cuantitativa y cualitativa en psicoterapia, que ya observamos en el mundo y en nuestra región. En todo caso, la agenda de investigación en nuestra región permanece ampliamente abierta. Al igual que en todo el mundo, necesitamos saber más del efecto de la psicoterapia en niños y adolescentes, en trastornos de personalidad, conocer más sobre el efecto de los tratamientos psicodinámicos (en especial los de larga duración) y experienciales, terapias de pareja y de familia. Especialmente importante es investigar el impacto de los tratamientos psicoterapéuticos en condiciones mórbidas resistentes, como por ejemplo, en las depresiones que no responden a tratamiento farmacológico. Por otra parte, la investigación futura debe centrarse más en la efectividad de las terapias, es decir, en el estudio de su eficacia en condiciones reales de tratamiento, en especial en el marco de los servicios de salud mental. Esto necesariamente debe llevar a un mayor pluralismo metodológico, esto es, a un rango mayor de tipos de investigación: factores curativos, eventos significativos de cambio, estudios de costo-beneficio y no sólo aplicando métodos cuantitativos sino también cualitativos.

Por cierto, este programa de investigación en psicoterapia deberá ser llevado adelante por investigadores bien formados. En esta tarea, la SPR debe buscar fomentar el surgimiento de estudios de postgrado conducentes a doctorados que formen investigadores del más alto nivel. Llevados por esta inquietud, en Chile, bajo el alero del comité local de la SPR, nos hemos agrupado investigadores universitarios, provenientes de las facultades de Medicina y Psicología de las dos universidades más grandes del país, la Universidad de Chile y la Pontificia Universidad Católica de Chile, y hemos firmado un convenio con las mismas facultades de la Universidad de Heidelberg, para crear el programa conjunto de Doctorado en Psicoterapia, primer doctorado realmente internacional en nuestro país, pues está

abierto a alumnos de todo el mundo. A través de este programa, que empieza a funcionar el 2007, pretendemos formar investigadores en psicoterapia que lleven a cabo las tareas que he diseñado.

Con esta visión de futuro, termino mi intervención con un sentimiento de optimismo y con la sensación de que este encuentro, en el que terapeutas clínicos e investigadores se reúnen para intercambiar ideas y experiencias, es un buen augurio, una señal de que estamos entrando en un periodo constructivo que, por cierto, beneficiará a quienes buscan en nosotros alivio para sus dolores y sufrimientos emocionales.

REFERENCIAS

1. Blatt S, Zuroff D (2005) Empirical evaluation of the assumptions in identifying evidence based treatments in mental health. *Clinical Psychology Review*
2. Bowlby J (1979) Psychoanalysis as art and science. *Int R Psychoanal* 6: 3-14
3. Caspar F (1997) GAT goes on in a psychotherapist mind? *Psychotherapy research* 7(2): 105-125
4. Elkin I, Shea T, Watkins JT, Imber SD, Sotsky SM, Collins JF, Glass DR, Pilkonis PA, Leber WR, Docherty JP, Fiester SJ, Parloff MB (1989) National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: general effectiveness of treatments. *Arch Gen Psychiatry* 46: 971-982
5. Fonagy P (2000) Agarrando ortigas o por qué la investigación psicoanalítica saca ronchas. *Rev Chil Psicoanal* 17(2): 186-197
6. Fonagy P (2003) Genetics, developmental psychopathology, and psychoanalytic theory: The case for ending our (not so) splendid isolation. *Psychoanalytic Inquiry* 23(2)
7. Giddens A (1991) *Modernity and self-identity. Self and society in the late modern age*. London: Polity Press/Basil Blackwell
8. Gomberoff M, Jiménez JP (1982) *Psiquiatría*. Santiago: Medcom
9. Gunderson JG, Gabbard GO (1999) Making the case for psychoanalytic therapies in the current psychiatric environment. *J Am Psia Assn* 47: 679-704
10. Jiménez JP, Riquelme R (1983) Pluralismo teórico en la constitución de un equipo de salud mental destinado a la rehabilitación. *Rev Chil Neuropsiquiat* 21: 265-269
11. Jiménez JP (1995) El psicoanálisis en la construcción de una psicoterapia como tecnología apropiada. En: Defey D, Elizalde J, Rivera J (compils.) *Psicoterapia focal. Intervenciones de objetivos y tiempo limitados*. Montevideo: Roca viva, pp. 19-42
12. Jiménez JP (2000) ¿Investigación en psicoterapia? Claro que sí. Pero, ¿a quién le interesa? En: Gril S, Ibáñez A, Mosca I, Sousa PLR (eds.) *Investigación en Psicoterapia. Procesos y Resultados*. Pelotas: EDUCAT. pp. 27-47
13. Kandel ER (1998) A new intellectual framework for psychiatry. *Am J Psychiatry* 155(4): 457-469
14. Kandel ER (1999) Biology and the future of psychoanalysis: A new intellectual framework for psychiatry revisited. *Am J Psychiatry* 156(4): 505-524
15. Lambert MJ, Barley DE (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. En: Norcross JC (Ed.) *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. London, Oxford: University Press, pp. 17-32

16. Maling MS, Howard KI (1994) From research to practice to research to... En: Talley PF, Strupp HH, Butler SF (eds) *Psychotherapy Research and Practice. Bridging the Gap*. New York: Basic Books, pp.247-253
17. Manzi J (1995) Percepción de roles de profesionales de la salud mental en Chile. En: Jiménez JP, Buguñá C, Belmar A (eds.) *Investigación en Psicoterapia. Procesos y Resultados. Investigaciones empíricas 1993-1994*. Santiago: CPU
18. Minsal (2001) *La Depresión. Detección, diagnóstico y tratamiento. Guía clínica para la atención primaria*. Santiago: Ministerio de Salud
19. Moncada L, Olivos P (2001) Panorama de las investigaciones de post-grado en el área de la psicoterapia en la última década. *Psiquiatría y Salud Mental* 18(2): 49-55
20. Norcross JC, Alford BA, DeMichele JT (1992) The future of psychotherapy; Delphi data and concluding observations. *Psychotherapy* 29: 150-158
21. Orlinsky DE (1987) Introducción al panel Psychotherapy in Social and Cultural Perspective. 3er Congreso Europeo de la SPR. Berna (Manuscrito)
22. Orlinsky DE (1994) Research-Based Knowledge as the Emergent Foundation for Clinical Practice in Psychotherapy. En: Talley PF, Strupp HH, SF Butler (eds) *Psychotherapy Research and Practice. Bridging the Gap*. New York: Basic Books, pp.99-123
23. Orlinsky DE, Howard KI (1986) A generic model of psychotherapy. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*. 6: 6-27
24. Parry G (2000) Evidence based psychotherapy: special case or special pleading? *Evidence-Based Mental Health* 3(2): 35-37
25. Roth A, Fonagy P (1996) *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. New York: Guilford
26. Rubovits-Seitz PFD (1992) Interpretive methodology: Some problems, limitations, and remedial strategies. *J Amer Psychoanal Assn* 40: 139-168
27. Safran JD, Muran JCh (1994) Toward a working alliance between research and practice. En: Talley PF, Strupp HH, Butler SF (eds) *Psychotherapy Research and Practice. Bridging the Gap*. New York: Basic Books, pp.206-226
28. Sandler J (1983) Reflection on some relations between psychoanalytic concepts and psychoanalytic practice. *Int J Psychoanal* 64: 35-45
29. Seligman MEP (1995) The effectiveness of psychotherapy. The consumer reports study. *American Psychologist* 50(12): 965-974
30. Talley PF, Strupp HH, Butler SF (1994) *Psychotherapy Research and Practice. Bridging the Gap*. New York: Basic Books
31. Waddel Ch (2001) So much research evidence, so little dissemination and uptake: mixing the useful with the pleasing. *Evidence-Based Mental Health* 4(1): 3-5
32. Westen D, Novotny CM, Thompson-Brenner H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin* 130: 631-663

ENSAYO

LO PROFUNDAMENTE NATURAL DEL PENSAMIENTO GESTALT APLICADO

(Rev GPU 2008; 4; 1: 65-68)

Francisco Huneus

Cuando me titulé de médico cirujano a comienzos de los años 1960, sabía que no quería ejercer en ese momento como lo hicieron luego todos mis compañeros y compañeras, ahora muchos de ellos grandes profesores, médicos y personas. No estaba preparado ni emocional ni intelectualmente para enfrentarlo, o mejor dicho, no estaba muy convencido de que ése era mi camino en ese momento. Por eso me lancé en una búsqueda a otro nivel, más básico si se quiere. Todo esto, quizás, como una manera de disimular mi inmadurez de esa época. Y así fue como, a la primera oportunidad, me lancé a un trabajo científico en el extranjero. Llegué al Departamento de Biología del MIT en mayo de 1961, a trabajar en un gran laboratorio de biología molecular, pocos años luego de la puesta en órbita del Sputnik ruso. Mi llegada no fue otra cosa que una casualidad coincidente con la loca carrera en que se sumieron los estadounidenses por obtener mayores y mejores adelantos científicos. En esa loca carrera fui reclutado para vivir en la Costa Pacífico Sur, donde hay unas grandes jibias (*Ioligo pealeii*) provistas de unos grandes nervios caudales –de los cuales se podría extraer material intracelular para análisis y también experimentos de sustitución del interior con soluciones artificiales–, y porque tenía formación médico-biológica, me gustaban los ramos básicos, tenía experiencia en laboratorios como ayudante, tendencias de “giro sin tornillos”, buenos contactos (Joaquín Luco) y sabía inglés. Era una época fascinante para la biología, porque había ingresado a ella gente con preparación física y matemática y existía una instrumentación absolutamente despampanante.

Fue así como Rosalind Franklin, cristalógrafa inglesa de 35 años (murió de cáncer a los 37), trabajando en King's College, había hecho las mejores fotografías del ADN, las que le dieron la clave a Watson y Crick sobre la estructura de doble hélice del ADN. Se dice que Maurice Wilkins (Premio Nobel de 1962) fue quien mostró a Watson y Crick la fotografía # 51 de ADN sin el permiso de la Franklin. Lo justo habría sido que ella hu-

iera compartido ese Premio Nobel con Watson, Crick y Wilkins (aunque ese premio no se confiere en forma póstuma).

Yo fui reclutado por Peter Davidson, con quien trabajé directamente por varios años. Él fue quien preparó los filamentos de ADN a partir de bacteriófagos (unos virus grandotes que invaden a algunas bacterias, con lo cual la Franklin hizo sus cristalografías). En esos años de

la década de 1960, Davidson fue mi maestro, jefe y colega: publicamos varios trabajos juntos y respondió todas las preguntas que le hice sobre biología molecular en cuanto a instrumentación y aspectos físico-químicos en los cuales yo no tenía ninguna formación sistemática previa (aunque sí mucha facilidad para entender, operar e inventar maquinitas).

Junto con despedirme de él al terminar nuestro proyecto a fines de los años 1960, me despedí de mi carrera científica, algo que nunca he articulado plenamente. Sentí que ese tipo de indagación –descomponer, disecar, desarmar, analizar, fraccionar, aislar componentes– no era el camino, y los instrumentos y aparatos de laboratorio resultaron pobres y tristes compañeros de trabajo. Aprendí que en buena medida las ciencias exactas, y la biología molecular o biofísica, como se le llamaba entonces, avanzan con la técnica y la instrumentación. Esta ciencia dura me resultó solitaria y agresiva, con los sujetos de experimentación y análisis y con los científicos que la hacen. En la carrera por publicar, uno era presa de sus instrumentos. De alguna manera, el invento se hizo presa del inventor.

Pero aprendí a pensar en términos más analíticos y sintéticos a la vez, y a fascinarme con algunos fenómenos cotidianos que aún encuentro intrigantes. Uno de ellos es comprobar la operación de esa disciplina aparentemente tan árida y hermética de la termodinámica. Por ejemplo, la IIª Ley de la Termodinámica dice, más o menos, que todo lo que ocurre en forma espontánea, ocurre en la dirección de que al final de lo que sea que ocurre, hay más desorden que al comienzo. Entendiéndose por “orden” el que algo se pueda distinguir, diferenciar. Por ejemplo, un pan de azúcar en el azucarero. Depositado en un vaso de agua, se va al fondo y se puede ver, distinguir claramente, es un orden. Al cabo de 15 minutos, ya no se puede distinguir. Se disolvió solo, espontáneamente. Se puede acelerar la disolución revolviendo o calentando el agua, pero el estado final es igual. Una vez disuelto, no hay más. Así es la termodinámica: nos dice en qué dirección van las cosas, pero no a qué velocidad ocurren.

También nos dice que la mayoría de las cosas, por sí solas, no tienden a agruparse de una forma especial y ordenada, como si el pan de azúcar pudiera reaglomerarse espontáneamente. Sin embargo, ahora hay muchos fenómenos descritos de autoorganización. Esto lo pude apreciar en el laboratorio con moléculas de tropocolágeno, que es la proteína estructural que sirve de sostén mecánico del cuerpo (tendones, piel, cartílagos, huesos). En ciertas condiciones, el tropocolágeno en solución vuelve a formar la misma estructura que en el tejido de donde provino, como si hubiera

una tendencia innata a agruparse de una determinada forma y no otra. Este fenómeno se observa en muchos casos de moléculas biológicas grandes, la hemoglobina y muchas enzimas aisladas del organismo de donde provienen, que en determinadas situaciones “ambientales” para ellas –solvente (por lo general, agua), salinidad, acidez, temperatura, etc.– prefieren “arrimarse” en la forma exacta que estaban *in situ* en el organismo, para funcionar de a pares o conjuntos más complejos. ¡Es como si en una sopa de letras, uno al manipular la temperatura, o la cantidad de sal y condimentos, lograra unir las letras para formar palabras! Bastante improbable, por decir lo menos.

En una visita al laboratorio de bioquímica de mi amigo Cristián Orrego, en la Universidad de Brandeis, mientras conversábamos, yo jugaba con un frasco lleno de resortitos sueltos de los que se usan en distintos instrumentos, parte del cachureo de repuestos que hay en todo laboratorio para reparaciones. Habría más de un centenar de resortes espirales, todos distintos (o así creía yo), de distinto ancho, grosor de alambre, de paso entre vuelta y vuelta, y longitud. Al cabo de unos minutos me di cuenta, para mi gran sorpresa, que se estaban formando grupos de a dos o más. Pudimos comprobar que los que se pegaban entre sí eran los que tenían exactamente la misma configuración, o sea, eran idénticos. Esto me dijo que incluso en el mundo macroscópico y mecánico hay procesos que van en contra de ciertas leyes de la experiencia.

En otro ámbito hay procesos que no se explican por leyes mecánicas ni termodinámicas. La físico-química, el gran triunfo sobre la mecánica clásica de lo microscópico, no puede explicar algunos procesos. Ni la mecánica clásica ni la físico-química sirven para describir ciertos procesos. Mi impresión es que este tipo de situación pertenece al ámbito de lo vivo. Este simple ejemplo de un patrón espontáneo de organización debió haber sido la clase de fenómenos que eventualmente se apartan del mundo mecánico inanimado –haciendo “cosas raras” o “poco probables” y por ende, poco predecibles– y que llegan a conformar el mundo de lo animado. Eso sí que, por un tiempo, porque tarde o temprano la IIª ley de la termodinámica, que todo lo quiere igualar, gana la batalla y todos volvemos a ser polvo. Lo animado entonces sería esta capacidad de saltarse las reglas del mundo inanimado. Cosas improbables que pasan espontáneamente y que redundan en mayor organización y en diferentes niveles de organización. Las bandadas de pájaros, los cardúmenes, las nubes, la asociatividad, y así, todo lo improbable.

Procesos de índole semejante son, creo, lo que están detrás de aquello que el neurólogo alemán Kurt

Goldstein denominara *autorregulación organísmica*. Para Goldstein los organismos viven en un estado de tensión entre el ser en orden y el ser en desorden, estado que denomina “de catástrofe”; circunstancia que se produce siempre que se choca con el mundo en la lucha productiva. Este proceso de lucha, de catástrofe en catástrofe, conlleva, en los humanos, a la realización personal, proyección vital entendida como inclusión en el mundo y transformación del mismo. Este concepto fue popularizado por Fritz Perls en su práctica clínica y desarrollado en forma muy especial en una práctica y teoría del enfoque organísmico del síntoma y la enfermedad por Adriana Schnake *et al.*, (1). En resumen, se refiere a una confianza absoluta en la capacidad y sabiduría del organismo para resolver sus asuntos, capacidad y sabiduría muchas veces ocultadas por negaciones, interrupciones en el contacto y otras imposiciones foráneas.

Quizás habría que citar aquí a Rousseau y toda la cadena de filósofos y hombres de ciencias humanas y médicas que se han apartado del pensamiento fundamentalmente mecanicista que predomina hoy. Uno que no debe olvidarse es el antropólogo Gregory Bateson, quien en la introducción *Las Ciencias de la Mente y el Orden* de su libro *Pasos hacia una Ecología de la Mente* (2), apunta a algo importante cuando dice: “Durante 200 años por lo menos, digamos que desde la época de Newton hasta fines del siglo XIX, la preocupación predominante de la ciencia fueron aquellas cadenas de causas y efectos que pueden concebirse como fuerzas e impactos. La matemática de la que disponía Newton era preponderantemente cuantitativa, y este hecho, combinado con el centrarse en las fuerzas y los impactos, llevó a los hombres a medir con notable exactitud cantidades de distancia, tiempo, materia y energía”. Más adelante, “Los hombres de ciencia del siglo XIX (en especial Freud), que trataron de establecer un puente entre los datos de la conducta y los elementos fundamentales de la ciencia física y química, estuvieron, no cabe duda, acertados en la necesidad de insistir en la necesidad de tal puente, pero, según creo, se equivocaron al elegir la ‘energía’ como fundamento de ese puente”.

Bateson sigue su argumentación diciendo que la ciencia en realidad no tomó sus elementos fundamentales por inducción a partir de la experiencia, sino que están preexistentes y aparecen al comienzo mismo del pensamiento científico y filosófico —antes de que la filosofía, la ciencia y la religión se convirtieran en actividades separadas y cultivadas por profesionales en disciplinas separadas. Nos muestra cómo en el mito central de origen judeocristiano:

*En el principio creó Dios los cielos y la tierra
Y la tierra estaba desordenada y vacía, y las
Tinieblas estaban sobre la faz del abismo
Y el Espíritu de Dios se movía sobre la faz de las
aguas.*

*Y dijo Dios: sea la luz y fue la luz
Y vio Dios que la luz era buena; y separó
Dios la luz de las tinieblas.
Y llamó Dios a la luz Día, y a las tinieblas
Llamó Noche.
Y fue la tarde y la mañana un día.*

En la primera frase despacha el problema del *origen* y la *naturaleza* de la *materia*, que simplemente es. Enseñada el pasaje trata con detalle el problema del *orden*, donde éste se concibe como un asunto de *seleccionar* y *dividir*. Para tal operación necesitamos algo como un tamiz, un umbral o, *par excellence*, un órgano sensorial. Y estrechamente vinculado con la selección y la división está el misterio de la *clasificación*, que será seguido por la extraordinaria realización humana de *nominar*: el lenguaje humano como organizador del mundo.

Si de aquí damos un salto a los preceptos originales de la Psicología de la Forma, o *Gestalt Psychologie*, podemos ver que en su largo desarrollo se centró en las cualidades de la forma y cómo ésta es percibida (completada, separada en figura y fondo, noción de campo). El mismo Kurt Goldstein fue quien hizo una suave e ingeniosa transición desde la psicología de la Gestalt como un estudio de la percepción, a la Gestalt como un estudio de la persona completa, la unidad “organísmica”.

En lo que luego llegó a denominarse Terapia Gestalt, por supuesto que la distinción, separación, clasificación de las sensaciones, ya sean sensoriales o viscerales, pasan a ser aspectos centrales de la exploración y ejercitación de la toma de conciencia o percatación, que es lo que se persigue. Esto no es poca cosa. En el trabajo con el síntoma, por ejemplo, lo primero es una exploración fenomenológica de éste. A veces basta con que el paciente describa su síntoma para que éste se modifique. Cualquiera puede ensayarlo, aunque jamás sea previsible hacia dónde irá el mentado síntoma, lo cual ciertamente es uno de los aspectos más creativos y sanadores de la persona. Se le enseña al paciente a ser un buen clínico de sí mismo, usando buena semiología y buen lenguaje, haciendo buenas distinciones y selecciones. En el trabajo que se realiza con los órganos, por ejemplo, que es una extensión de la toma de conciencia, hay además una escenificación dramática donde el órgano aludido o enfermo asume metafóricamente el

rol del personaje con carácter e historia, e interactúa dialogando con el yo del paciente del cual forma parte. Algunos dirán que esto es un disparate: ¿cómo puede hablar un ovario o el páncreas? Aquí entra la eterna y muy usada postura del “como si”. ¿Quién habla: la laringe con la lengua y el aire, todo comandado por el centro hipotalámico, etc., la persona toda o sólo una parte de ella?

Este transformarse metafóricamente en algo –una parte de uno– es parte de una conducta humana muy común, y no sólo lo hacen los profesionales de la actuación. Uno continuamente adopta “roles” que también son parte nuestra. En el trabajo psicodramático de los órganos no se habla de pulsiones, energías (libido), represiones, dinámicas, análisis, sino de figura/fondo, toma de conciencia, contacto, confluencia, polaridades. Interesa más la forma que la sustancia. Se trata de hacer distinciones entre conductas y sensaciones que luego, por el mero hecho de ser abordadas por la conciencia y articuladas, sufren un cambio: una diferencia que hace la diferencia.

De muchas maneras la Gestalt es un naturalismo. Recuerdo que en mi primer encuentro me pareció una extensión natural de lo que habíamos aprendido en fisiología. Luego de años de estudio y práctica (y también como paciente), he llegado a pensar qué es lo que más se acerca a nuestro sistema operativo humano natural –si me permiten la expresión–, donde puede funcionar todo tipo de programas: manejar un avión, ser profesor, padre de familia, artista, terapeuta, etc., y siempre en todas las actividades están las percepciones organizándose en totalidades, en figura y fondo, haciéndose interpretables, y orientando el paso siguiente en forma creativa o rutinaria. Se organizan solas, así como las macromoléculas que describí al inicio.

Tengo la impresión de que recién comienza un lenguaje que describe la autoorganización, la auto-sanación, la auto-actualización. Las pautas y configuraciones que aparecen son remedos o partes del mismo proceso que a la larga redundan en lo vivo. Lo vivo se mueve y juega; las nubes también.

Para terminar, incluyo una cita del físico Freeman Dyson. En un sugerente e inquietante artículo llamado *Nuestro futuro Biotecnológico* (3) dice: “*La imagen de criaturas vivas, como patrones de organización más que como colecciones de moléculas, se aplica no sólo a las abejas y bacterias, mariposas y bosques, sino también a dunas de arena y copos de nieve, a tormentas y huracanes. El universo no viviente es tan diverso y tan dinámico como el viviente, y también está dominado por patrones de organización que aún no se comprenden.*”

La física reduccionista y la biología molecular reduccionista del siglo XX seguirán siendo importantes en el siglo XXI, pero no dominantes. Los grandes problemas, la evolución del universo como un todo, el origen de la vida, la naturaleza de la conciencia humana y la evolución del clima de la tierra, no se pueden comprender reduciéndolos a partículas elementales y moléculas. Se requerirán nuevas formas de pensar y nuevas formas de organizar grandes bases de datos.”

Hubiera querido escribir algo sesudo y profundo sobre este tema, pero supera mis posibilidades, porque no domino la teoría del caos ni de los fractales ni de catástrofe ni la mecánica cuántica. Seguramente como todos los que lean esto, tengo una formación newtoniana, mecanicista y positivista.

Aparte de asombrarme y regocijarme porque unos resortitos prefieren juntarse a estar separados y las nubes son hermosas, me bastan observaciones de este tipo para creer en la profundidad de la naturalidad de la Gestalt y que, cuando es aplicada con confianza, se llega a que el organismo es el que sabe mejor. Créanme.

REFERENCIAS

1. Schnake A. *Enfermedad, Síntoma y Carácter*. Cuatro Vientos del Nuevo Extremo, Buenos Aires, 2007
2. Bateson G. *Pasos hacia una Ecología de la Mente*. Ed. Carlos Lohlé, Buenos Aires, 1976
3. Dyson F. *El futuro de la Biotecnología*. The New York Review of Books, Vol LIV, #12, 2007

ENSAYO

SENTIDO, SIN-SENTIDO Y REALIDAD EN FRANKL, HOLZAPFEL Y ZUBIRI

(Rev GPU 2008; 4; 1: 69-77)

Hernán Villarino¹

Si bien en muchos autores psiquiátricos hay múltiples referencias al sentido de la vida, la obra de Viktor Frankl está íntegramente articulada en torno a él. Un reciente libro del filósofo Cristóbal Holzapfel, *A la búsqueda de Sentido*, apunta en la misma dirección, y aunque su reflexión es independiente de la de Frankl, quien no aparece citado a lo largo del texto, renueva y complementa, desde su particular perspectiva, la temática tratada por el primero. A diferencia de estos autores, muchos otros estiman que el sentido de la vida es un asunto subjetivo, en cierto modo desconectado e independiente de la realidad, una consecuencia de la imaginación o los deseos considerados como absolutos psicológicos, por ejemplo. Y aunque aquello a lo que se da sentido, mi propio acto, puede y debe ser el resultado de una decisión personal, cabe preguntarse si el sentido en sí mismo es fruto de esa decisión, es decir, si al sentido lo ponemos o está puesto. Al decisionismo, en este terreno se opone algo así como el realismo, y aunque la palabra realismo suscita de inmediato la idea de cierto aristotelismo a-histórico, lo cierto es que no son sinónimos estrictos. Es más, creemos que las reflexiones zubirianas en torno a la realidad y la religación, que tienen una referencia a Aristóteles, aportan elementos novedosos a los problemas que plantea este asunto.

A nuestro entender, esto constituye un ejemplo de cómo, en lo tocante a ciertos temas, la filosofía coincide plenamente con la psiquiatría. Por lo pronto, en la historia de nuestra disciplina ha ocurrido que las grandes obras filosóficas, casos paradigmáticos son las de Husserl, Bergson y Heidegger, han influido sobre un amplio número de psiquiatras y se han constituido en una cantera dispensadora de conceptos útiles para la comprensión del paciente mental, enriqueciendo y transformando el quehacer clínico. Más raramente el mismo psiquiatra ha sido un filósofo de envergadura, como K. Jaspers, con el que entre paréntesis dialoga Holzapfel en amplios pasajes de su obra, logrando una fusión inmediata entre la psiquiatría y el filosofar. En nuestro país Roa, Ojeda, Dörr y algunos otros, todos ellos originales y prolíficos, han combinado con éxito la filosofía y la psiquiatría.

En este trabajo queremos poner en relación las reflexiones en torno al sentido y la realidad de los tres autores citados en el título, a propósito del reciente libro de Holzapfel, que vuelve, espléndidamente, a plantear este tema, quizá algo soslayado en la psiquiatría. Por la perspectiva elegida, necesariamente han de quedar muchos asuntos atingentes sin abordar.

¹ Servicio de Psiquiatría. CABL.

SENTIDO DE LA VIDA HUMANA EN VIKTOR FRANKL

A mediados del siglo XX, V. Frankl describió un nuevo tipo de neurosis, a las que llamó noogenas, cuyo rasgo fundamental era la pérdida del sentido de la vida. A juicio de Frankl hay síndromes ansiosos, incluso con una sintomatología neurótica específica como fobias, obsesiones, etc., cuya causa es estrictamente somática; es el caso de ciertas alteraciones en el funcionamiento tiroideo o suprarrenal, por ejemplo. Otros síndromes de este tipo se deben a conflictos en las actividades psico-orgánicas, automáticas e instintivas, las que fueron descritas por Freud y estudiadas en el psicoanálisis.

Si picamos una cebolla, dice Frankl, lloramos, y si bien hay una causa para que lo hagamos, en verdad no tenemos razones para llorar. Es evidente que las causas pueden ser desconocidas para nosotros, inconscientes, como si al entrar en la cocina, donde recién se ha picado cebolla sin que lo supiéramos, el aire aún impregnado nos hiciera llorar, y, desde luego, no podemos ser conscientes, antes de ser diagnosticados, de tener la tiroides o las suprarrenales alteradas, por ejemplo. En los cuadros psiquiátricos recién descritos hay causas para estar ansioso, pero no razones. Cuando éstas existen, en cambio, la neurosis es propiamente noogena. La palabra noogena nominalmente significa originada en el *nous*, nacida del *nous*, y el *nous* es un término griego que alude al conocimiento, a la conciencia y la vida del espíritu.

La vida humana, dice Jaspers, está montada sobre procesos causales. No consiste en ellos sino que está montada en ellos. Pero, como Kant, en la vivencia o sentimiento del deber encontraba la experiencia y realidad de la libertad, a partir de la cual es posible la propia autodeterminación a despecho de cualquier causalidad procesal. Si el sentimiento del deber no solo es una posibilidad sino una realidad se pueden romper efectivamente con las fatales e impersonales cadenas causales e instaurar una causalidad nueva, propiamente personal. Esta libertad, sin embargo, tiene dos caras. Por una parte se trata del ser *libre de*, es decir, de poseer el poder de resistir las coacciones y determinaciones, cualesquiera éstas sean, y, por otra, del ser *libre para*, es decir, la posibilidad de orientarme y proponerme metas. En la tradición filosófica desde siempre ha habido una clara conciencia de las dos caras de la libertad, pero en lo tocante a la segunda, dice Holzapfel, ha existido un consenso respecto de que existía un objetivo que es anterior a la existencia misma del hombre: la participación en el *logos*, entre los griegos, o la doctrina de salvación cristiana, entre los medievales. El *para qué* de la libertad, entonces, estaba ya determinado. Pero ésta,

dice el autor, ha constituido una concepción estática del hombre, que desde Nietzsche, para quien el hombre es el ente que se hace a sí mismo, perdió vigor y fue reemplazada por otra, dinámica, aquella según la cual el hombre es un ser activo antes que teórico, que se determina a sí mismo en función de sus posibilidades.

Las preguntas explícitas o implícitas suscitadas en una consulta psiquiátrica, de los suicidas, por ejemplo, no es *por qué* debo vivir sino *para qué*. A la pregunta del *por qué* cabe responder, al modo tradicional, con la enumeración de fuentes concebidas como estáticas y objetivas de sentido: Dios, la patria, la familia, el partido, los derechos humanos, la lucha del proletariado, etc., pero es evidente que el suicida las conoce todas, o casi todas, y su pregunta no halla en ellas respuesta. El *para qué* debo vivir no apunta a un mundo meramente objetivo sino que involucra y pone en cuestión al que interroga y a su propia relación con ese mundo. El hombre de hoy, asegura Frankl, no puede vivir según sus instintos, nunca ha podido, está pobremente dotado en este aspecto, pero, además, carece en la actualidad de una tradición, que se ha desmoronado, en la que sustentarse. Sabe que es *libre de*, pero en cambio ya no sabe *para qué* es libre, cuál es el sentido que tiene o ha de tener su propia vida, sentido que no está escrito en ningún lado sino del que él mismo tiene que dotarse. La experiencia clínica le había mostrado a Frankl que aproximadamente el 20% de una consulta psiquiátrica habitual de su época consistía, justamente, en personas que incluso poseyendo todo lo que se supone hace feliz una existencia, no le encontraban sentido a su vida. Estaban afectados, propiamente, de neurosis noogenas, que clínicamente pueden ser iguales a las procesales pero que tienen otro origen y, por ende, requieren de otra conceptualización y, desde luego, de otro tratamiento.

Ahora bien, si aceptamos las premisas de Frankl, se abre un insospechado abanico de dificultades para la práctica psiquiátrica. Si de acuerdo con la *lex artis*, frente a un paciente determinado se arriba a la conclusión que sus dificultades se deben a un mal funcionamiento de la tiroides, por ejemplo, o a una carencia de vitamina B, no sólo es muy posible hacer un diagnóstico de certeza, saber lo que esto significa, explicarlo sin ambigüedades y tomar medidas de común acuerdo con el afectado, siempre razonables aunque no siempre eficaces, para remover el problema o suplir las carencias. Sin embargo, si la consulta es por pérdida o falta de sentido de la propia vida ¿qué es lo que se diagnostica, cómo se asegura el diagnóstico y, finalmente, cómo se trata este raro trastorno?

Desde Brentano se reconoce que el dato primero de la conciencia es el estar referida a algo que ella misma

no es. No existe el pensamiento a secas, siempre es el pensamiento de algo, tampoco existen el puro deseo ni el puro placer ni la felicidad puras, siempre se trata del deseo de algo, o del placer y la felicidad por algo, etc. La conciencia, entonces, es trascendente, apunta y siempre está abierta a la alteridad. Cual sea el carácter de lo otro es objeto de debate filosófico, pero en el caso del que ha perdido el sentido de la vida lo otro es un fruto de la propia subjetividad, de modo que parece sumido, por decirlo de algún modo, en el solipsismo y el subjetivismo. No entraña gran dificultad reconocer el carácter soberano de lo otro cuando se trata de la realidad física, y no radica aquí el problema de quien ha perdido el sentido de la propia vida. La cosa es distinta cuando se trata de los valores, las preferencias y las relaciones interpersonales, en torno a las cuales se articula efectivamente nuestro existir. La independencia y autonomía de los valores ha sido descrita por Scheler, lo que no obsta para que se siga estimando que su existencia y jerarquía es algo que depende en estricto rigor de la propia subjetividad. Pero en este caso la conciencia no apunta a un otro sino que lo produce; concebir un valor, entonces, se transforma en una autocreación, y en calidad de tal carente de soberanía propia y dependiente en exclusiva de mí o de mi circunstancia.

Crear que la realidad es independiente de mí o creer que es mi propia creación tiene indudables efectos sobre mí mismo. En el segundo caso la realidad se volatiliza y desrealiza, como dice Frankl: se nihiliza, y hace imposible que yo me entregue realmente a algo porque no es posible entregarse a nada. El hombre moderno también tiene voluntad de sentido, no obstante, como siempre, no puede encontrarlo en la vida instintiva ni le sirve ya la tradición, debe buscarlo por sí mismo, lo que no significa que tenga que instituirlo, como se entiende habitualmente, simplemente porque es imposible hacerlo, tan imposible como pretender poner la realidad material. El sentido, que no es conceptual sino físico, por usar la terminología de Zubiri, debe ser encontrado libremente, pero se me impone como realidad. Frankl disputó con la así llamada Psicología Humanista, que pretendía estar originada en su logoterapia, pero con la que él discrepaba, porque mientras aquella procuraba darle un sentido a la existencia éste pretendía encontrarlo. Dar sentido, crearse *ex nihilo*, inventarse uno mismo un sentido para la propia existencia en el fondo es una forma de autoexpresión, de manifestación del sí mismo y de la propia subjetividad, nada verdaderamente firme ni durable, por cierto, y además afectado del mismo nihilismo del que se quiere escapar. Encontrarle sentido a la existencia, su *para qué*, en cambio, es lo propio del ser consciente y la conciencia:

trascenderse, salir de sí, hallar lo otro, la realidad, en definitiva, tan endiabladamente evasiva para el hombre actual. Quien a la postre adopta valores como una mera forma de curarse a sí mismo, asegura Frankl, en realidad no tiene valores; quien se los imagina o calcula que no hace las cosas por las cosas mismas, ha renunciado a la trascendencia propia del ser consciente y carece de la íntima convicción de que si algo vale la pena lo vale por sí mismo.

Si bien el hombre tiene una instancia de cerrazón en que es empujado desde dentro, la instintividad, por ejemplo, también es aperturidad, en virtud de la cual es atraído desde afuera. Pero la aperturidad es negada o no reconocida por el reduccionismo en general, particularmente por el psicológico con su pretensión de que las inclinaciones y proyectos humanos *no son más que* expresión de ese mundo subhumano, procesal, en el que la vida humana está montada. De acuerdo con este reduccionismo por detrás de los valores su auténtica realidad *no consiste más que* en reflejos condicionados, impulsos instintivos, compromisos del Id y el Superyo, manifestaciones del narcisismo, del sadismo o de variadas formaciones reactivas. Pero nadie, dice Frankl, puede hallar un sentido ni en un instinto ni en una formación reactiva, ni vivir ni mucho menos morir por ella. Tampoco es posible encontrar allí ni el placer ni la felicidad, que siempre son la consecuencia de un trato venturoso con la realidad. Buscar directamente el placer y la felicidad y no encontrarlos como producto del ejercicio de algún quehacer con sentido, desde donde ambas brotan espontáneamente, incluso sin proponérselo, es la mejor manera de no encontrarlas nunca.

La neurosis noogena se debe a conflictos de conciencia y actitudes en torno a los valores que provocan frustración y sufrimiento; es la desdichada consecuencia, para el hombre moderno, de su apremiante necesidad de buscarle un sentido a su vida vinculada a la pérdida de las referencias tradicionales de sentido, asociado a su incapacidad de encontrarlo, a su imposibilidad para satisfacer sus necesidades superiores, para consagrarse a alguna causa o amar a alguien personal, las dos fuentes de sentido que Frankl reconoce. Y la logoterapia, a través de la analítica existencial, está destinada a purificar los prejuicios que se lo impiden, recordando que la otra cara de la libertad es la responsabilidad. No se trata que el médico sugiera, imponga o indique un sentido como quien receta un medicamento, lo que además de ridículo constituiría mera taumaturgia y manipulación, y sería un impedimento para que cada cual, en el ejercicio de su libertad, encuentre su propio sentido existencial. El tratamiento logoterapéutico consiste en remover los obstáculos intelectua-

les que impiden vislumbrarlo y alcanzarlo, y donde no están proscritos el juego, el humor ni la paradoja.

LA VIDA HUMANA COMO BÚSQUEDA DE SENTIDO EN CRISTÓBAL HOLZAPFEL

El hombre moderno, dice este autor, dinámicamente concebido, no está ya determinado, no tiene de entrada todo lo que se requiere para existir: hay algo que debe encontrar, ha de ganarse a sí mismo, proyectarse, disponer su hueco en la existencia en virtud de sus propias posibilidades y compromisos. Tiene, por lo mismo, vocación de sentido. El hombre, en definitiva, es un buscador de sentido, como reza el título del libro, sentido del que hace Holzapfel tres distinciones interrelacionadas y potenciadas entre sí. En primer lugar, sentido es el significado en general, tanto de la palabras como de nuestra vida mental (dimensión semántica). En segundo lugar, es la justificación de lo que hacemos y de lo que dejamos de hacer (ámbito existencial que contiene un fondo ético). Y, por último, es la orientación de lo que elegimos y hacemos, es decir, la orientación del *para qué* de nuestra libertad, instancia radical y metafísica.

El libro de este autor, además de sus muchos logros, propone una sistemática que nos parece ampliamente esclarecedora. Reconoce, en primer lugar, que hay instancias *donadoras* de sentido. Y no podía ser de otro modo, porque si el hombre es un buscador ha de estar a la espera de esta donación, de lo otro que sí mismo, de acuerdo con el carácter intencional de la conciencia. Pero si bien el sentido es algo que se da, se da de modos diversos; hay cinco distintas fuentes dispensadoras de sentido. En primer lugar están las fuentes referenciales: el amor, la amistad, el poder, el trabajo, el juego, el saber, la creatividad y la muerte, todas las cuales tienen un carácter universal y permanente aunque estén históricamente moduladas. A continuación, las fuentes programáticas de sentido, como la religión, el arte, la filosofía, la ciencia y la política, las que si bien están orientadas por las fuentes programáticas están más sujetas al devenir histórico; por ejemplo, la ciencia no existe en todas las sociedades ni en todas ellas hay la misma religión. Las siguientes son las fuentes ocasionales, que están orientadas por las otras dos y con las que nos las habemos en la vida cotidiana; tienen un carácter más individual, por lo tanto son múltiples y difíciles de clasificar. Las fuentes persistentes de sentido no son más que las ocasionales cuando se convierten en constante dedicación, como el trabajo o el matrimonio. Por último, las fuentes icónicas de sentido, que son las señalizaciones y símbolos del sentido, es decir, sus sustancializaciones. El sentido, entonces, radica en una

peculiar relación entre el hombre que busca y el mundo que dona, relación donde los términos no tienen posiciones fijas y están complejamente interrelacionados en una amplia dialéctica histórica que fija su importancia relativa desde una perspectiva existencial.

Todas estas fuentes, dice Holzapfel, en tanto efectivamente donan sentido, proveen de un vínculo que suscita el cobijo, es decir, una forma de amparo y protección. El cobijo genera ataduras, cautiva, y por lo mismo induce la reiteración, el que continuemos en ello y lo reafirmamos. El vínculo, el cobijo y la atadura constituyen el sostén, aquello que nos mantiene dinámicamente en la existencia. El sentido, como lo dijimos más atrás, no es una cosa sino una relación viva, sometido, como todo lo que vive, al riesgo de caducar o fenecer. Consecuentemente, cuando no se tiene o se pierde el sentido quedamos como muertos, ateridos, desamparados y confusos.

A nuestro juicio, a partir de estas reflexiones y conclusiones el autor proporciona, incidentalmente, los lineamientos para establecer una clasificación existencial, dinámica y no mecánica, de los trastornos tanto del ánimo como de la personalidad según se observan con frecuencia hoy en día. Quizá es posible en la actualidad hablar no sólo de neurosis, como lo hizo Frankl, sino también de depresiones y trastornos noogénos de la personalidad.

La descripción anterior de las fuentes de sentido va de lo más universal a lo más particular y contingente, cada sentido está orientado y en cierto modo sustentado por uno de jerarquía superior. Los hindúes decían que el mundo reposaba sobre un elefante que a su vez sostenía un segundo elefante y así sucesivamente, pero no importa cuántos elefantes agreguemos al final siempre se plantea la pregunta sobre cuál es el fundamento último y radical que lo soporta todo. Del mismo modo, los diversos sentidos, encadenados y dispuestos en la estructuración de las fuentes suscitan la pregunta por el fundamento radical, por lo que da finalmente sentido a los distintos sentidos de la pirámide, es decir, el sentido absoluto y la fuente de todos los sentidos. Y desde luego ésta no es una pregunta teórica ni filosófica, nos la hacemos todos al menos una vez en la vida, aunque no filosofemos.

Ya dijimos que Holzapfel encontraba en la palabra sentido una dimensión metafísica, y la pregunta por un sentido absoluto, como la formulada más atrás, es de orden metafísico. Pues bien, esta pregunta apela a lo que el autor llama trasfondo, es decir, lo que está más allá del límite que alcanzan los sentidos habituales de nuestro existir, extremo que la mirada, propiamente, no puede penetrar. Los sentidos que se nos dan, sin embargo,

apuntan y se sostienen en el trasfondo, que no se trata de un sentido más sino de la fuente última del sentido; no obstante, como expusimos recién, este trasfondo no es una instancia que se puede objetivar porque es de un orden distinto al de nuestra experiencia cotidiana y de los usos normales del lenguaje y la significación. Sabemos del trasfondo por el sentido o sinsentido de nuestro existir, porque el sentido habitual, dice Holzpfel, actúa como pantalla del trasfondo: ocultándolo lo revela. Todo sentido o sinsentido, a la postre, pende del trasfondo, del cual, sin embargo, no se puede hablar, sólo señalar. Este parece ser también un camino hacia el silencio, aparte de aquel otro, respecto del ser señalado por Ojeda en su libro sobre Heidegger.

Ahora bien, si pensáramos que aquel trasfondo no sostiene al sentido, y bien podemos encontrar en una experiencia particular o en el conjunto de nuestro existir una radical ausencia de justificación, tanto en lo que hacemos como en lo que dejamos de hacer, entonces el ámbito existencial del sentido, desprovisto de un fundamento metafísico y ontológico, cae inexorablemente en el absurdo, cegándose todas las fuentes dispensadoras de sentido. Porque no son éstas mecánicamente donantes; para que efectivamente operen como tales, dice Holzpfel, se requiere que a su vez el hombre las *dote* de sentido, dotación que conduce inexorablemente a la pregunta por el trasfondo, imposible de responder objetivamente y respecto de la cual quizá hemos de comportarnos como en la apuesta pascaliana. En efecto, se puede leer como que el sentido o el sin-sentido, colgados del carácter in-objetivo del trasfondo, dependieran en última instancia de nuestra propia decisión sobre el trasfondo. En honor a la verdad, sin embargo, el autor no parece plantearse el asunto en estos términos. El hombre, dice Holzpfel, en tanto es un buscador de sentido sólo lo encuentra en cuanto lo busca y en tanto persiste en esta búsqueda; no hay sino un ir de camino. Conviene recordar, sin embargo, que la mera búsqueda de sentido adolece de una gran ambigüedad existencial. Buena parte de las erráticas prácticas del hombre actual en el deporte, la fiesta, el uso de drogas, incluso en sus romerías hacia la India y las doctrinas orientales, consisten en lo que Frankl llamaba la búsqueda de *sensación de sentido* como sucedáneo del sentido propiamente dicho.

A diferencia de Frankl, pasa quizá como de puntillas, Holzpfel, respecto del grave tema del sufrimiento, aunque, junto con el mal, es también una posibilidad de la existencia. Desde luego, Frankl tiene buen cuidado de no recomendarlo ni proponérselo a nadie, no fomenta de ningún modo el masoquismo ni pretende sugerirlo como una terapia o una posibilidad que ha de ser buscada por sí misma. Pero lo cierto es que

no siempre podemos evitarlo, a pesar de todos nuestros esfuerzos, intenciones y deseos se nos da efectivamente, y no de modo meramente pasivo: sabemos que actos nuestros, que podríamos haber evitado, nos conducen indefectiblemente a él. El asunto, en todo caso, es si dona también algún sentido. La pregunta de Frankl no era meramente teórica, él mismo era judío y padeció el internamiento en los campos de concentración. En el seno de esa atroz experiencia, sin embargo, constató algo esencial. En primer lugar, que el hombre no depende de las circunstancias ambientales (curiosamente, fue en el seno de una institución cerrada, total y pandeterminante donde se libró del sociologismo). Es que en los campos, bajo condiciones iguales y parejas, algunos internos, a pesar de todo, se comportaban, lo dice textualmente, como santos. El sufrimiento, entonces, revela nuestra libertad, la posibilidad del autodistanciamiento, y con la libertad nuestra responsabilidad, sin las cuales el sentido nunca puede ser ni serio ni real. En segundo lugar, descubrió que constituye efectivamente un sentido resistir el sufrimiento, y poner en el mundo, a pesar de su corrosiva realidad, esperanza y creación, aunque sea la limitada de nosotros mismos en función de las posibilidades de las que existencialmente disponemos.

REALIDAD E IRREALIDAD

En el periodo que media entre el austriaco Frankl y el chileno Holzpfel, aproximadamente cincuenta años, notamos las señales del evidente cambio del clima cultural acaecido en el mundo. El primero de estos autores estaba enfrentado al horizonte del reduccionismo, todavía prevaleciente en su época, de acuerdo con el cual el sentido con el que dotamos a nuestra existencia en el fondo *no era más que* alguna otra cosa, como dice Frankl. Instintos, quizá, actividad cerebral, determinación social, etc. Las realidades en las que vivimos, la libertad, por ejemplo, no eran reales en la forma en que se presentaban sino mera expresión de alguna otra cosa, lo que justificaba los desenmascaramientos de cierta psicología así llamada profunda, del sociologismo y del cientificismo positivista. Pero la influencia de la fenomenología, de la filosofía de Wittgenstein, la misma adopción científica del concepto de emergencia y emergentismo parecen haber dotado nuevamente de realidad a la realidad.

En todo el texto de Holzpfel no hay una sola referencia al reduccionismo. Ni se toman en cuenta sus argumentos ni se considera necesario plantearles disputa, como en cambio tuvo que hacer Frankl para sostener sus propios puntos de vista. Respecto del arte, la

ética, la religión, la filosofía, la existencia, el sentido, el amor, el trabajo, la familia, etc., habla Holzapfel de realidades admitidas como reales, sin complejos, ingenuidad, carencia de análisis ni de crítica. Si todas ellas, por lo demás, son fuentes donantes de sentido es porque lo tienen; ya no se trata de que su realidad dependa de investiduras subjetivas o que sean meras manifestaciones encubiertas que aluden a lo que siendo de otro orden es lo verdaderamente real. Son en sí mismas ultimidades. Y en nada limita esta afirmación el reconocimiento que su realidad sea histórica, ni tampoco que su carácter de realidad no sea el de la realidad física: se trata de realidades que precisan ser reconocidas en sus significaciones, dotadas de sentido por el único ente capaz de cifrar y descifrar significados, es decir, el hombre.

Esta ampliación de la razón y la realidad, sin embargo, sigue planteando el problema de la realidad del sentido. En la psicología tradicional los actos voluntarios tenían un objeto propio; Zubiri, sin embargo, consideraba que todo aquello que podemos hacer de modo voluntario podemos hacerlo también de modo involuntario, aunque la recíproca no sea cierta. Asistimos a nuestro trabajo de modo voluntario o involuntario, y viéndonos trabajar nadie podría decir si lo hacemos por una razón o por la otra. Lo voluntario es una especificación particular que tienen algunos de nuestros actos, pero que en tanto actos son indistinguibles de los involuntarios. Nos parece que algo similar ocurre con el sentido. Del solo hecho que alguien se consagre, incluso voluntariamente, al arte, por ejemplo, o que adopte una profesión, que contraiga matrimonio, que abrace una religión o que se dedique a la ciencia y la filosofía, no se deduce que esos quehaceres tengan sentido para quien los ejecuta. Desde luego, no es la voluntariedad lo que decide sobre el sentido o el sin sentido de lo que hacemos o padecemos. Por ejemplo, si el sufrimiento tiene algún sentido sólo lo tiene a condición que sea involuntario, como dice Frankl. Además, podemos vivir voluntariamente una vida carente de sentido, incluso podemos tener voluntad de sin sentido del mismo modo que podemos querer el mal.

A pesar de todo, los autores analizados previamente echan indudable luz sobre lo que sea el sentido como realidad. En Holzapfel, el sentido va encadenado. El matrimonio, por ejemplo, es una fuente persistente de sentido sólo si está relacionada con las fuentes referenciales del amor, el juego y la amistad. La vida ética quizá sólo tenga sentido si está nutrida por la voz de la conciencia. Tradicionalmente se ha reconocido que la profesión, que viene de profesar, de atender un llamado en sí mismo misterioso, tiene sentido sólo si manifiesta esa llamada o vocación, si está vinculada y referida a ella,

vocación que por lo demás se nos impone, como dice Frankl de lo otro en vida intencional, que apunta a una realidad que no somos nosotros mismos, aunque por su intermedio, como con la voz de la conciencia, alcancemos nuestro ser más propio. El sentido de la realidad de la muerte, en fin, pone en cuestión todos los sentidos. Frankl acentúa el vínculo con la realidad en general que ha de tener el sentido, el que apunte a otro que no somos nosotros mismos, y porque lo acentúa de ese modo sólo reconoce dos fuentes: las personas y las causas, en tanto son las realidades que no son yo mismo. Holzapfel no se plantea sólo la nuda dialéctica realidad-irrealidad, establece una gradación de realidad donde la inferior de algún modo adeuda su propio ser a la superior; para ser depende en cierto modo de su vínculo con ella y suscita inexorablemente la pregunta por la realidad del trasfondo del que penden todos los sentidos.

Nos parece que estos dos autores ligan el sentido a la realidad, de manera tal que de algún modo la respuesta a la pregunta por el sentido es la respuesta por lo que sea la realidad, realidad que sin embargo, aunque está implícita en sus reflexiones, ninguno de los dos la trata temáticamente. Y aquí radica, a nuestro entender, el interés de la reflexión zubiriana. Pero antes de entrar en ella analizaremos, siguiendo a Scheler, qué se ha entendido históricamente por realidad.

En general, aunque con matices y diferencias, han existido dos teorías básicas para entender la realidad: el realismo y el idealismo, ligadas ambas a la conciencia aunque de modo distinto. La primera, y más antigua quizá, es la representacional, según la cual lo real es independiente de la conciencia pero se representa en ella por medio de imágenes, respecto de las cuales hacemos juicios a través de los que establecemos el qué sean, en primer lugar, y el tipo de ser que les corresponde. En el realismo, entonces, se trata de una realidad judicativa, es decir, establecida por el juicio y no por la percepción. Pero es un dato que lo real exterior no se impone meramente sino que su existencia en la conciencia, que es la condición de posibilidad para realizar un juicio, depende, por ejemplo, de nuestra atención, interés o concentración. En la matemática, por otra parte, no hay ningún objeto exterior aprehendido, se genera a partir de la intuición y la deducción formal, y ambas son actividades puramente mentales. El sujeto, en realidad, es activo y productor en el conocer, no meramente pasivo ni una *tabula rasa* donde se inscriben las sensaciones estimuladas por una realidad exterior. Y de esa innegable actividad parte la segunda de las teorías, la que supone la realidad como puesta íntegramente por la misma conciencia. Sin embargo, también es un dato que vemos como existentes las sombras, el arcoíris,

etc., pero no vemos estos objetos como reales, es decir, como ejerciendo actos desde sí mismos. No obstante, si todo es inmanente a la conciencia ¿con qué criterio se podría establecer la diferencia que efectivamente hacemos entre lo que existe para la conciencia, incluso en forma de fenómenos del mundo, y lo que es real?

Partiendo desde una perspectiva fenomenológica, Scheler considera que estas dos doctrinas son construcciones a partir de datos que no son últimos. Por lo pronto, para ambas, conciencia es conciencia reflexiva, pero ésta ya está constituida a partir de una experiencia aún más original: la conciencia extática, común a los hombres y los animales. Los seres vivos conscientes, primeramente, y desde siempre, están lanzados a vivir, y este *elán vital*, expresado tendencialmente en los tropismos e instintos, posee desde siempre una dirección, que en los animales y en el hombre se manifiesta en la conciencia extática, en virtud de la cual cumplen sus propias disposiciones. Dispuestos para vivir, pragmáticamente constituidos, desde siempre lanzados sobre el mundo donde han de realizarse, los seres conscientes conocen primero al mundo que a sí mismos, pero con ello reconocen, también, la resistencia que el mundo pone para el cumplimiento de sus tendencias y deseos. Esa resistencia es la experiencia primera de la realidad, de lo otro que está puesto y no está puesto por mí, que ejerce sus propios actos y que no soy yo. Y la conciencia reflexiva del hombre, es decir, esa conciencia primeramente extática que vuelve ahora sobre sí misma en la reflexión, recién a partir de la cual se hacen posibles tanto el realismo como el idealismo, brota con ocasión de la resistencia y del reconocimiento, alcanzado por su intermedio, respecto del sí mismo y lo real.

Muchas otras son las críticas a que Scheler somete a éstas y otras doctrinas tradicionales sobre la realidad, por ejemplo que estén exclusivamente centradas en dilucidar la realidad del mundo exterior sin reconocer sus diferentes esferas, porque lo real se da en esferas irreductibles entre ellas: lo exterior, lo interior, etc., a todas las cuales esferas les compete también el problema de lo que es real. No obstante, para el objeto de este trabajo creemos que basta con esta muy sucinta exposición.

REALIDAD Y RELIGACIÓN EN XAVIER ZUBIRI

Cabe preguntarse, sin embargo, si la aprehensión de realidad es, como dice Scheler, el fruto de esa resistencia de lo real experimentada por los hombre y los animales, y que la diferencia introducida con la humanidad radica sólo en la reflexión, algo así como una ampliación cuantitativa y cualitativa de la conciencia animal. Aunque se admita, con Scheler, que tanto el realismo como el

idealismo no parten de datos últimos, los que él invoca ¿son auténticamente últimos en lo tocante a la aprehensión de realidad? En nuestra descripción de la vida mental de los animales solemos tomar como modelo la propia nuestra, pretendiendo que su funcionamiento la replica. Les imponemos, espontáneamente, aquellos datos que para nosotros mismos son evidentes, sin pensar que puede haber un hiato insalvable. Consecuentemente, se estima que es posible elaborar modelos antropológicos, clínicos y terapéuticos partiendo de la experiencia y conducta animales.

A diferencia de Scheler, para Zubiri en ningún caso el animal aprehende la realidad, sólo los hombres lo hacen. En aquél lo aprehendido queda en la aprehensión en formalidad de estimulidad, no de realidad. El fuego, para el animal, quema, afecta de cierto modo su sensibilidad y suscita una respuesta, una actividad: el escape en este caso, o la atracción en otros. Todo aquello que nosotros llamamos realidad es en el animal estimulidad, es decir, siempre siente como estímulo a las cosas; y como estímulo las cosas no refieren a sí mismas sino a la sensibilidad que las aprehende, y lo que no estimula simplemente no existe. Por eso, dice Von Uexküll, el animal tiene un entorno, un medio ambiente, no un mundo, que es la conexión y mutua respectividad de todo lo real en tanto que real. El animal, según Agamben, es a la postre un ser cerrado sobre sí mismo, lo que es muy distinto de la humana condición de aperturidad sobre todo lo real. Ahora bien, sin duda que el estímulo es, formalmente, realidad, pero no se ofrece al animal en calidad de tal sino de estímulo.

En el caso del hombre, en cambio, por tomar el mismo ejemplo que ofrece Zubiri, el fuego no sólo quema, es *de suyo* caliente, queda como siendo caliente *de suyo* en la aprehensión, no meramente como estímulo sino como una alteridad independiente que remite a sí misma. Incluso los estímulos son en el hombre reales: el animal tiene hambre pero el hombre se siente hambriento, y el uso del reflexivo indica que es hambrienta su realidad actual y circunstancial. En Zubiri no es la resistencia de lo otro lo que indica su realidad sino su realidad lo que hace inteligible la resistencia; y la diferencia entre la conciencia humana y animal no es ahora de cantidad ni de cualidad sino de esencia, o mejor aún: de sustantividad, por usar la propia terminología zubiriana.

En su vivir, por otro lado, el animal ejecuta, meramente, los actos que le constituyen como sustantividad. Y porque no tiene aprehensión de realidad hay en él automatismo, que como todo automatismo, propiamente, no le pertenece como suyo, por eso no tiene historia, yo ni personalidad. El yo, tal como se ha venido entendiendo estos últimos años, es decir, como instancia psíquica,

ha sido sometido a una severa crítica por la filosofía analítica. De acuerdo con ella, la palabra “yo” es un deíctico, no un nombre singular, y como todos los deícticos simplemente localiza espacio-temporalmente aquello a que uno refiere, sin identificarlo. Cuando digo “yo” refiero a mí mismo, no a una parte de mí, en tanto ente que ocupa un lugar en ciertas coordenadas espaciales y temporales, y cada uno que usa la palabra “yo” refiere y sitúa algo distinto, de modo que no se identifica. Si contesto yo, dice Tugendhat, a una persona que sin conocerme inquiriere sobre quién ha respondido su llamada, simplemente indico: soy yo mismo quien está al otro lado del teléfono (por cierto: no una instancia psíquica mía) sin que por lo demás me dé a conocer, como lo haría si pronunciara mi propio nombre. La reflexión zubiriana, no obstante, dota de un sentido y referencia nuevas a la palabra “yo”, que nos parece resiste esta crítica. Pero para poder desarrollar su idea del yo es preciso entender previamente el concepto de *personeidad*.

Dijimos recién que el animal ejecuta una sustantividad que es real, y que es él mismo, pero que no es propiamente suya. En cambio, para el hombre, el animal de realidades, es suya su propia realidad. Y el que para el hombre sea suya su propia realidad lo denomina Zubiri *personeidad*. Colocado como real, como siendo suyo entre las cosas reales, el hombre tiene que habérselas con lo que le circunda como real, pero, también, consigo mismo en tanto realidad que contiene propiedades que le competen de suyo, es decir, que le pertenecen a sí mismo, a su propia realidad. Por eso el hombre es autoposesión, y no como los animales ejecución sino realización de una vida que está siempre envuelta por el carácter de realidad: la realidad de las cosas reales, la de los otros y la suya propia. Por eso, dice Zubiri, el carácter de *con* es estructural a la vida humana y entraña la aperturidad a todo lo real.

La *personeidad*, entonces, mi realidad sustantiva, en tanto que mía no se ejecuta, como en el animal, sino que yo realizo. Más aún, a esta realización es a la que Zubiri llama yo. El yo no es ahora ni una instancia psíquica ni un ente nuevo ni menos un atributo de la *personeidad* sino la forma cómo la asumo históricamente, cómo me apropio de mi realidad sustantiva. El yo zubiriano no es un deíctico sino el nombre singular de una realidad sustantiva, de un ente. Y el yo, dice Zubiri, en tanto que realización, y como cualquier realización, es siempre incierto, manteniendo viva la inquietud del hombre en el mundo que perpetuamente se interroga, desde el hondón de su ser: ¿qué va a ser de mí? ¿Cuál va a ser mi ser? Podríamos, con los autores anteriores, formular esta misma pregunta en sus propios términos: ¿cuál es el sentido que ha de tener mi propia vida? Pero

esta pregunta no apunta a la *personeidad*, porque el hombre es siempre él mismo como realidad (y sin ser realidad suya no habría manera que formulara ninguna pregunta ni buscara ningún sentido suyo) aunque no siempre sea lo mismo como forma y figura del ser. Como yo histórico tiene una personalidad que se va conformando con sus actos; pero con todos, tanto con los queridos como los no queridos, los sabidos y los ignorados, porque todos ellos son su realidad y en calidad de tal siempre se conservan. De allí que sea posible, por ejemplo, el arrepentimiento, según el cual en mi personalidad lo sido sigue siendo y no puede ignorárselo ni anulárselo como realidad. La vida humana, en fin, no es un *factum* sino misión, por eso caben la culpa y el arrepentimiento, que no son asuntos meramente éticos sino condición de posibilidad para la misma, y la natural inquietud de la vida humana radica justamente en su carácter misivo, en la constante versión de lo que uno está haciendo con vistas al ser que va cobrando, como dice Zubiri. Por eso, afirma el autor, la personalidad no es asunto propiamente psicológico sino entitativo, y el carácter misivo de la existencia (el sentido de la misma como dirían Frankl y Holzapfel) no es una predisposición psicológica ni una opción subjetiva sino algo del rango del ser.

El carácter de lo real, entonces, consiste en ser el último apoyo posibilitante (lo que Holzapfel llama cobijo, sostén y trasfondo pero que deja indeterminados) con que el hombre cobra la figura de su ser; realidad que por lo demás no puede ser desatendida, se impone, y en condición de tal es impelente, tiene poder. La ultimidad, posibilitación e imposición caracterizan lo real como algo que no soy yo y que sin embargo me hace ser, y estas tres notas tomadas a una constituyen la religación. Pero el poder de lo real, que reposa sobre sí mismo y no es algo que le atribuya yo, poder al que me hallo desde siempre religado, tiene aún cierto *sentido*, que si bien es real, y no puede ser ajeno a ello, no se agota en su puro carácter de realidad. No puedo, por ejemplo, hacer una puerta de agua, dice Zubiri. Y esta capacidad de tener sentido pertenece a la cosa real, que en calidad de real reposa en sí misma, es anterior a mí y se me impone.

No podemos exponer todas las inferencias que cabe extraer de la reflexión de Zubiri, pero sí debemos recordar que el poder de lo real, al que desde siempre estamos religados, lo llama Zubiri la *deidad*, no la divinidad, que es trascendente, *deidad* que es la realidad y la fuente de todas nuestras posibilidades y obligaciones y, también, la apertura a la religiosidad. La religión, sin embargo, es sólo una posibilidad del hombre, no una determinación forzosa. El agnóstico y el ateo, por cier-

to, también están religados a la *deidad*, y en su obrar experimentan el poder de lo real. Al fin de cuentas están obligados, y encuentran el sentido siguiendo la voz de su propia conciencia, que por lo demás, en nuestra libertad, a todos nos cabe soslayar. La religación, en Zubiri, no es la religión sino una experiencia radical y común a todos los hombres.

CONCLUSIONES

Nos parece que los autores comentados, aunque comienzan su reflexión por extremos distintos, terminan, al menos desde cierto punto de vista, convergiendo sobre un plano similar. Los dos primeros, estudiando lo que sea el valor y sentido de la vida, desembocan en la realidad; el último, partiendo de la realidad concluye en el sentido. Entre estos dos términos, entonces, yace una cierta equivalencia y un dinamismo interno en virtud del cual están llamados a fundirse en la unidad, como si toda realidad hubiera de tener sentido y como si todo sentido se resolviera en realidad.

Distingue Scheler entre el conocimiento de carácter inductivo, que de acuerdo con la observación y la medida se expresa en términos de lo verdadero y lo falso; y el de lo a-priori, que es independiente de la experiencia. Pero no es ése el único saber, hay otro dirigido a la existencia, de acuerdo con el cual reconocemos el valor absolutamente real en todas las cosas y cuyo desconocimiento entraña un grave riesgo de daño para la unidad y armonía del hombre. La determinación de la realidad y el sentido tienen, entonces, un fundamento existencial, parten de ese ámbito que es el ámbito de la libertad, y conducen, por lo mismo, a consecuencias existenciales.

En Frankl, en efecto, el sentido de la vida apunta a lo otro, a lo que no soy yo. Pero el carácter intencional de la conciencia, en que se basa Frankl, su permanente referencia a un otro, puede ser leído también como una estructura de la propia conciencia, y lo otro, por lo tanto, como algo inmanente a ella misma. Es cierto que Frankl se opone a esta alternativa y pugna contra el subjetivismo, pero no brinda elementos filosóficos radicales que justifiquen su posición. Frankl, aparte de un autor científico y filosófico, está religiosamente inspirado, y es en esta fuente donante de sentido donde parece reposar su seguridad. En Holzapfel, también el sentido apunta a lo otro, a las fuentes, por ejemplo, que no son yo mismo, y desde ese punto de vista el sentido es también intencional, lo que suscita el enigma del trasfondo como realidad radical del sentido. Coinciden ambos autores en que el sentido no es algo que yo me pueda dar sin más, no es un mero acto de la voluntad,

una creación de la necesidad, del deseo o de la imaginación sino que es algo que debo encontrar existencialmente como real. El sentido, entonces, es algo de suyo, como diría Zubiri, es una capacidad que pertenece a la realidad, a la que estoy religado, y que en calidad de tal se me impone.

En Frankl y Holzapfel, por otro lado, el sentido de la vida se presenta como una ultimidad posibilitante e impelente de mi existencia. Sin él, dice el segundo, estoy yerto y embrollado, o termino en la consulta psiquiátrica, con neurosis noogena, por ejemplo. Es decir, no vivo realmente, o estoy medio muerto. Pero ultimidad, posibilitancia e impelencia, como vimos más atrás, son la definición zubiriana de la realidad, de modo tal que desde este otro punto de vista realidad y sentido vendrían también a coincidir.

Ahora bien, la apelación a la realidad como algo que siendo de suyo se me impone pareciera sumir al hombre en la pasividad y la mera receptividad. Pero por un lado yo mismo soy real, y esa realidad que es mía, no meramente de suyo, como todo lo real tiene su propio poder, en concreto para justificar y significar la existencia, que es aquello en lo que consiste el sentido. La realidad entendida como sentido, o viceversa, no consiste en la mera objetividad, en lo que simplemente yace frente a mí sin ser yo, sino en la fuente abierta para la realización de mis propias posibilidades. La realidad, a la postre, no es estimulidad, y si bien es cierto que no podemos hacer puertas de agua no es menos cierto que no estamos forzados a hacer puertas en general. Es que la donación de sentido se complementa con la dotación, que nosotros elegimos fundamentados en el poder de nuestra propia realidad. Por ello es que nadie puede imponer el sentido de la vida a los demás, y aunque empíricamente podamos obligar a hacer puertas a un otro no podemos forzarle a que en ello encuentre un sentido.

REFERENCIAS

1. Frankl V. *La voluntad de sentido*. Herder, Barcelona, 1990
2. Frankl V. *Ante el vacío existencial*. Herder, Barcelona 1992
3. Jaspers K. *Filosofía*. Revista de Occidente, Madrid, 1956
4. Holzapfel C. *A la búsqueda de sentido*. Mondadori, Santiago, 2005
5. Ojeda C. *Martin Heidegger y el camino hacia el silencio. Ensayo de crítica filosófica*. C&C Ediciones, Santiago, 2006
6. Zubiri X. *El problema filosófico de la historia de las religiones*. Alianza Editorial, Madrid, 1993
7. Scheler M. *Conocimiento y trabajo*. Nova, Buenos Aires, 1969
8. Von Uexküll, T. *Vida, ciencia y realidad*. Losada, Santiago, 1953
9. Tugendhat E. *Introducción a la filosofía analítica*. Gedisa, Barcelona, 2003
10. Agamben G. *Lo abierto: el hombre y el animal*. Pre-textos, Valencia, 2005

ENSAYO

CONSIDERACIONES SOBRE LA AMISTAD EN UNA PERSPECTIVA MÉDICO-ANTROPOLÓGICA

(Rev GPU 2008; 4; 1: 78-82)

Fernando Oyarzún¹

Dada su gran complejidad, se comprende que el tema de la amistad humana pueda ser abordable en distintas perspectivas. Nosotros aquí asumimos una postura médico-antropológica. En tanto antropológica, intentamos que el ser humano, considerado como un todo, sea el centro del estudio de los fenómenos del comportamiento normal y anormal. En tanto médico, tomamos en cuenta especialmente la dimensión significativa singular concreta, en contraposición complementaria con lo genérico, abstracto (relación de contrarios y no de contradictorios). Ello quiere decir considerar como punto de partida del estudio lo dado objetivamente; lo presentado como base de lo subjetivamente representado. En esta actitud de respetar la realidad significativa hay vigente un esencial componente ético.

RELACIÓN INTERPERSONAL

El acto amistoso es una modalidad de acto personal (interpersonal). Por ello, nos referiremos en primer término a lo interpersonal en sentido amplio. Concurdo con quienes afirman que la relación interhumana es una realidad antropológicamente básica (1) que es una verdad de hecho y no de teoría (2) y que la relación con el otro es esencialmente ética (3). Enseguida, que tal relación interhumana, entendida como situación interpersonal, empezando por la relación bipersonal, es una realidad concreta (4). Ella está integrada por dos polaridades personales individuales, las que se manifiestan fenoménicamente (expresividades comunicativas) y cuya significación es aprehensible fenomenológica-

mente. Para nosotros, tal relación bipersonal es fuente primordial de personalización normal (si se da integrativamente) o anormal (si se da disociativamente). En el primer caso, favorable, hay predominio de la relación personal agápica, en que la convivencia es solidaria, gratuita, en que se comparte lo que se tiene. En el segundo caso, desfavorable, predomina la relación tanática, en que reinan las actitudes egoístas, utilitarias.

RELACIÓN INTERPERSONAL AMISTOSA

No cabría dudar que en esta forma de relación interpersonal reina lo armónicamente integrativo sobre lo disociativo, lo agápico sobre lo tanático; o sea, la personalización sobre la despersonalización. Siempre se ha

¹ Universidad Austral de Chile.

señalado que en la relación de amistad adquiere particular importancia el componente de confianza, en que se produce una mutua apertura y entrega de la intimidad personal. Ello va estrechamente unido al componente significativo de lealtad. Es decir, en esta relación personal amistosa reina lo ético como cimiento de la misma: el respeto a la otra persona, a su dignidad, y la responsabilidad asumida, de manera recíproca, atendiendo a lo que el otro nos solicita.

PROYECCIÓN A LOS ACTOS MÉDICO Y DOCENTE

Como ha sido desarrollado en anteriores escritos nuestros (4), el componente ético básico adquiere especial relevancia en su proyección a los ámbitos médico y docente. En efecto, en el *acto médico*, y culminando en el proceso psicoterapéutico, el médico se va constituyendo en el adecuado ser para el otro, desde la relación satisfactoria, concreta, sintónica con éste, configurándose así un acto básicamente amistoso-ético. Esto se emparenta con la idea de la amistad médica de Laín Entralgo (5). En el *acto (proceso) docente*, el docente o monitor se va constituyendo, también, en el adecuado ser para el(los) estudiante(s), forma de quehacer que entraña un básico ingrediente amistoso-ético; y esto último se potencia cuando se trata de la acción docente del acto médico. Quienes realizan tales actividades médica y docente adquieren el carácter de personas éticas y amistosas.

Permítaseme agregar aquí que en un escrito de presentación de mi último libro, desarrollé la idea relativa a que también un libro, y su relación con su autor, posee un valor ético (es para otros) y también configura una relación de amistad con su autor; es como un peculiar otro para éste. En el ámbito docente, además, y de manera especial en relación a los aspectos formativos de los educandos, ha sido destacado el componente de compañerismo como fortalecedor de lo amistoso. Entre otros autores, C.S. Lewis (6) en su excelente tratado "Los cuatro amores"; confiere a dicha forma de vinculación un papel decisivo en el "amor de amistad", en razón de tratarse de actividades compartidas, en que hay objetivos y metas comunes; en que predomina en cada miembro integrante del grupo la conciencia personal (intersubjetiva) o de estimación valoración. Esto contribuye básicamente a acrecentar el valor y sentido del quehacer común, a acentuar la motivación, sucediendo lo contrario cuando no se produce la antedicha relación amistosa en el grupo.

No podemos, en este momento del desarrollo de las ideas, dejar de referirnos a la situación actual de las referidas actividades médica y docente. En visión

panorámica, advertimos un ostensible debilitamiento de los componentes ético y amistoso, cuya importancia antes hemos explicitado. En el campo médico se advierte un fuerte predominio del operacionalismo técnico con menoscabo del componente personal humano. Tiene vigencia una medicina de enfermedades, con acentuación de concepciones en abstracto, y no de enfermos, de consultantes en concreto. Predomina desmesuradamente la actitud de la búsqueda del "qué" y el "por qué" de los hechos clínicos estudiados y tratados, todo lo cual posee una indiscutible importancia; sin duda confiere especificidad al quehacer médico. Lo criticable es que observamos que la antedicha extrapolación va ligada a la desconsideración del todo, del "quien" en el cual está viva, concretamente vigente, la forma de experimentar aquello que lo aqueja, el significado personal, estimativo-valorativo, del posible proceso mórbido. Me permito subrayar la fundamental importancia de integrar de manera adecuada ambos aspectos –el "qué" y el "quién"– la parte y el todo. Se trata de procurar la "armonía de los contrarios", en este hermoso decir de Heráclito; como asimismo de "curar la herida y cuidar al enfermo", como lo recomendó Hipócrates, padre de la medicina. Y cabría agregar aquí el riesgo que el médico se constituya en un ser lesivo para el consultante, provocando daños denominados iatrogenéticos, como lo desarrollamos en un reciente trabajo.

Y en el ámbito de la enseñanza, también en visión panorámica, advertimos un excesivo predominio de los aspectos de contenido, del bagaje informativo, sobre los aspectos educativos formativos (modos de observar, de pensar, de indagar, de concienciar: estimar, valorar, etc.). Se observa debilidad en la relación interpersonal, personalizadora (amistoso-ética) entre docentes y estudiantes. Éstos y aquéllos muestran débiles lazos de amistad, escaso compañerismo y débil conciencia solidaria, grupal. Asimismo, en última conexión de sentido con esta última conexión de sentido con esto último, débil relación con la Universidad. Los proyectos de vida individuales no se identifican con el destino del grupo y de la Institución.

CONTEXTO SOCIO-CULTURAL CONTEMPORÁNEO

Todo este panorama descrito sucintamente tiene, como trasfondo, el momento socio-cultural contemporáneo. Quizás la crisis de la convivencia humana, la conflictiva interpersonal, constituya uno de sus componentes más importantes. Observamos el reinado de actitudes y formas de comportamiento, modos de convivir, en que predomina lo desconsiderado, lo desconfiado, lo

violento, lo anti-ético; o sea, lo inamistoso. En suma, las relaciones despersonalizadoras sobre las personalizadoras, la presencia de personajes egocéntricos, egoístas, ideologizados y la ausencia de personas generosas, solidarias, amistosas, éticas.

Como en toda crisis, cabe advertir, junto a aspectos constructivos, esperanzadores, otros de signo contrario, como los antes señalados. Sin duda, hay vigentes componentes anormales en el panorama de la convivencia contemporánea. Al respecto, cabe citar a nuestros pacientes de la psiquiatría como elocuentes testimonios. Así, por ejemplo, los pacientes paranoides nos muestran actitudes y formas de comportamiento en que predomina la desconfianza exagerada, lo inamistoso llevado al extremo. Los pacientes psicopáticos antisociales ostentan formas de conductas desconsideradas, utilitarias, anti-éticas, gravemente inamistosas. Y, así, otros pacientes, víctimas de diferentes modalidades de alteración personal, acusan específicas formas de daño de lo amistoso-ético.

Por último, dentro de la influencia despersonalizadora del contexto socio-cultural contemporáneo, cabe aludir a lo siguiente: en el ámbito del quehacer médico se sostiene, con razón que, dado el escaso tiempo disponible para la atención en el servicio público de consultantes muy numerosos, resulta muy difícil, acaso imposible, que el acto médico sea integral, personalizado. Asimismo, en el ámbito del quehacer docente, se alude a la dificultad señalada, debido al gran número de estudiantes en cada curso. Sin embargo, nosotros sostenemos que, aceptando la influencia de las referidas dificultades, siempre es posible emplear formas de relación facilitadoras de vinculaciones personales, personalizadoras, modos comunicativos adecuados; subrayamos, en este sentido, la importancia básica de tales aspectos de forma –con sus ingredientes paraverbales y verbales– los que favorecen encuentros amistosos y que evitan desencuentros despersonalizadores de consultantes y estudiantes. Esto último, a su vez, favorece el enriquecimiento personal tanto de monitores médicos como de docentes.

REFLEXIONES FINALES Y CONCLUSIONES

El propósito principal del desarrollo de la presente ponencia acerca del acto personal amistoso ha sido procurar poner de relieve la trascendente importancia de esta modalidad de relación del convivir humano. Acaso sea lo amistoso lo más específico, propio de nuestra condición de personas humanas. A mi modo de ver, la experiencia de la amistad es la fuente de personalización por excelencia, de donde surge lo humano

concreto. Ello enfocado desde una perspectiva médico-antropológica que intento cultivar desde hace numerosos años. En ella lo personal, ligado íntima, estructuralmente, a lo interhumano, a la básica relación con el otro, a este encuentro radicalmente importante, es su fundamento antropológico. La relación bipersonal (dialéctica personalizadora básica) alcanza el óptimo nivel de integración.

Por último, como corolario epistemológico, quisiera dejar planteado que, a mi modo de estimar, el componente personal amistoso, el que concebimos íntimamente ligado a lo ético, es una dimensión significativa espiritual concreta de la persona humana. (Lo amistoso-ético lo vemos formando estructura de sentido con lo estético, lo libre, lo creativo y lo trascendente, como nos lo atestiguan los actos médico-docentes. Al realizar el médico el acto en que es para el paciente, quedan involucradas indudablemente todas estas dimensiones significativas espirituales). Asimismo, de manera similar, sucede en el acto docente y en todo acto personal (interpersonal) significativo. Dicho metafóricamente, pudiera afirmarse que el muy complejo edificio personal, siempre en dinámico proceso de cambio, en que se armonizan permanencia y transformación, descansa en pilares biológico, psicológico, sociológico y espiritual. Como lo señalábamos antes, pensamos que este componente personal amistoso-ético se encuentra debilitado en la actualidad y que sería responsabilidad particularmente de la educación robustecerlo, creando creciente conciencia de su trascendente importancia. Consideramos, asimismo, que nosotros, como personas médicos y docentes, debemos asumir y cultivar tal responsable actitud, procurando, de este modo, ser ejemplos, todo lo cual produce beneficio ajeno, bien de los demás, y propio; en términos aquí empleados, personalización de los otros y de nos-otros mismos. Tal persona ética –podríamos hacerla sinónimo de persona amistosa– fundamenta, así, nuestra orientación antropológica tanto en sus aspectos prácticos como teóricos.

RESUMEN

Se empieza afirmando que el tema de la amistad humana, de suyo complejo, será enfocado dentro de una perspectiva médico-antropológica. Es decir, en que el ser humano es el centro del estudio de los fenómenos del comportamiento normal y anormal; y en que se destaca la dimensión significativa concreta. El punto de partida es lo dado objetivamente, lo presentado como base de lo representado subjetivamente.

Enseguida, aludiendo a la RELACIÓN INTERPERSONAL, se concuerda con quienes consideran que la

relación interhumana es una realidad antropológicamente básica (1), verdad de hecho (2) y no de teoría (3) (realidad concreta) y en que la relación con el otro es esencialmente ética (4) Esta relación bipersonal es fuente de personalización normal si se da integrativamente o de despersonalización en caso contrario (disociativamente) (5). En el primer caso, pudiera decirse que predomina la relación agápica, en que la convivencia es solidaria, gratuita, en que se comparte lo que se tiene y se es; en el segundo predomina la relación tanática, en que reinan actitudes egocéntricas, egoístas, utilitarias.

En referencia a la RELACIÓN INTERPERSONAL AMISTOSA, se afirma que aquí predominan, justamente, lo armónicamente integrativo sobre lo disociativo, lo agápico sobre lo tanático; la personalización sobre la despersonalización. En la relación de amistad tienen vigencia la confianza, la lealtad; es decir, lo ético es cimiento de tal relación bipersonal: el respeto a la otra persona, a su dignidad, la entrega generosa, la responsabilidad asumida, todo ello por ambas partes.

En el punto siguiente se alude a la *proyección de lo amistoso-ético a los actos médico y docente*. En el acto médico, culminando en el proceso psicoterapéutico, el médico se constituye en el adecuado ser para el otro, desde la relación concreta, sintónica, con éste, configurándose así un acto básicamente amistoso ético. En el acto (proceso) docente, quien enseña se constituye, también, en el adecuado ser para el(los) estudiante(s), quedando entrañado un básico ingrediente amistoso ético, y quienes realizan tales actividades adquieren el carácter de personas éticas y amistosas. (Se agrega, de paso, que un libro es para otros (valor ético) y también constituye una relación amistosa con su autor.) Y como en el ámbito docente ha sido destacado el compañerismo como configurador de amistad, () en que las actividades son compartidas y en que los objetivos y las metas son comunes, acrecentándose el sentido y el valor del quehacer grupal e individual.

Con respecto a la situación actual de las actividades médica y docente, se advierte un debilitamiento de los básicos componentes amistoso y ético. En el ámbito médico observamos un fuerte predominio del operacionalismo técnico con menoscabo del componente personal humano. Tiene desmedida vigencia una medicina de enfermedades y no de consultantes en concreto. La actitud de rápida búsqueda del "qué" y el "por qué" de los hechos clínicos, lo cual posee una indiscutible importancia médica. Pero esta extrapolación va ligada a la desconsideración del todo, del "quién", del modo de experimentar, vivenciar, lo que la aqueja; es decir, el significado personal, estimativo-valorativo, del

posible proceso mórbido. No cabría dudar la importancia de integrar adecuadamente ambos componentes: la parte y el todo, el "qué" y el "quién". Si aquello y no esto sucede, se hace presente el riesgo que el médico se constituya en fuente de daño iatrogenético, como se observa con frecuencia en la actualidad. Y en el ámbito de la enseñanza, advertimos un excesivo predominio de los aspectos de contenido informativo sobre los aspectos educativos formativos más personales (modos de observar, de indagar, de pensar, de estimar y valorar los conocimientos y el proceso de enseñanza-aprendizaje). Observamos debilidad en la relación interpersonal personalizadora (amistoso-ética) entre docentes y estudiantes y de éstos entre sí, mostrando débiles lazos de amistad, compañerismo y de conciencia grupal solidaria.

El panorama descrito tiene, como trasfondo, el *momento socio-cultural contemporáneo*. Observamos el reinado de formas de convivir insatisfactorias, en que predominan desconsideración, desconfianza, violencia; en suma, lo inamistoso, anti-ético, las relaciones despersonalizadoras, la presencia de personajes egocéntricos, egoístas, ideologizados y la ausencia de personas generosas, solidarias, amistosas, éticas. Al respecto, nuestros pacientes psiquiátricos dan elocuentes testimonios. Por ejemplo, los pacientes paranoides nos muestran actitudes y formas de comportamiento en que predomina la desconfianza, lo inamistoso llevado al extremo; los pacientes psicopáticos, antisociales, ostentan formas de conducta desconsideradas, utilitarias, no amistosas, antiéticas.

Dentro de este contexto sociocultural contemporáneo, y en el ámbito del quehacer médico en instituciones de salud, se sostiene que el escaso tiempo disponible para la atención de un número creciente de consultantes hace muy difícil que el acto médico sea suficientemente integral. Asimismo, en el ámbito del quehacer docente, se alude a la dificultad señalada dado el gran número de estudiantes en cada curso. Aceptando la influencia de las referidas dificultades, consideramos que siempre es posible emplear formas de relación facilitadoras de vinculaciones personalizadoras, modos comunicativos que favorecen encuentros amistosos, lo que favorece el enriquecimiento personal de monitores médicos y docentes.

En el último punto, referido a las *Consideraciones Epistemológicas*, se señala que el propósito principal de la ponencia ha sido poner de relieve la trascendente importancia de este acto personal, fuente de personalización, enfocado desde una perspectiva antropológica. En ésta lo personal humano, ligado estructuralmente a lo interhumano, a la básica relación con el otro, a este

encuentro radicalmente importante, es su fundamento psico-antropológico.

Finalmente, se plantea que el componente personal amistoso-ético constituye una dimensión significativa espiritual de la persona humana. (Lo amistoso ético forma estructura de sentido con lo estético, lo libre, lo creativo y lo trascendente; en el acto en que el médico es para el paciente quedan involucradas todas estas dimensiones significativas espirituales.) Y, como antes fue señalado, este componente amistoso ético se encuentra actualmente debilitado. Sería responsabilidad

de la educación robustecerlo y de todos quienes realizamos funciones médicas y docentes.

REFERENCIAS

1. Schwartzmann F. *El sentimiento de lo humano en América*. Ed. Universitaria, Stgo., 1950
2. Nicol E. *Crítica de la razón simbólica*. F.L.E., México, 1982
3. Levinas E. *Totalidad e Infinito*. Ed. Sígueme, Salamanca, 1977
4. Oyarzún F. *Idea Médica de la Persona*. Ed. LOM, Stgo., 2005
5. Lain Entralgo. *Antropología Médica*. Ed. Salvat, España, 1984
6. Lewis CS. *Los cuatro Amores*. Ed. Universitaria, Stgo., 1988

ENSAYO

LENGUAJE CORPORAL E INTENCIONALIDAD RELACIONAL¹

(Rev GPU 2008; 4; 1: 83-92)

André Sassenfeld²

El eje central del presente trabajo es la noción de que la situación clínica está definida en cierto nivel por los procesos interactivos no-verbales que se producen de modo continuo a través del cuerpo del paciente y el cuerpo del psicoterapeuta. Se exploran los procesos de lectura corporal que transcurren de forma explícita e implícita en el marco de la interacción psicoterapéutica, para lo cual se utilizan conceptos pertenecientes al campo de la psicoterapia corporal y al reciente campo del neuropsicoanálisis. Se explora, más allá, la noción de la intencionalidad relacional mediada por el lenguaje corporal del paciente y se ejemplifica el uso y la utilidad terapéutica de esta noción con algunas viñetas clínicas.

El propósito de este trabajo es presentar algunas reflexiones acerca de la intersección entre psicoterapia corporal y psicoanálisis relacional en general y acerca de una aproximación relacional a la lectura corporal en particular. En este contexto, nos centraremos de modo específico en la lectura del cuerpo en cuanto reconocimiento y comprensión del lenguaje comunicativo somático que se pone de manifiesto en la expresión no-verbal del paciente. Con esta finalidad recurriremos a un conjunto de hallazgos recientes del neuropsicoanálisis y de la comprensión contemporánea de los múl-

tiples procesos tácitos que fundamentan y regulan las interacciones humanas. Después de examinar algunos conceptos básicos pertenecientes a la lectura corporal tal como es entendida tradicionalmente, describiremos los procesos implícitos que posibilitan el reconocimiento del lenguaje corporal de otras personas y diferenciamos entre la lectura corporal implícita y explícita. Más allá, examinaremos la noción de la intencionalidad relacional del gesto corporal y proporcionaremos algunos ejemplos de cómo se revela y de cómo puede resultar terapéuticamente útil en la situación clínica.

¹ Versión escrita de una ponencia del mismo título presentada en las VII. Jornadas Clínicas de la Clínica de Atención Psicológica (CAPs), Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, U. de Chile.

² Psicólogo clínico, Departamento de Psicología y Facultad de Odontología, U. de Chile. Académico Escuela de Psicología, U. del Pacífico. Contacto: asjorquera@hotmail.com/www.sassenfeld.cl

SOBRE LA LECTURA TRADICIONAL DEL LENGUAJE CORPORAL

La lectura del cuerpo forma parte integral de las herramientas clínicas utilizadas en la psicoterapia corporal de orientación post-reichiana, siendo uno de sus objetivos principales la evaluación diagnóstica (Eiden, 2002; Hauswirth, 2004; Smith, 1985; Totton, 2003). Aunque psicoterapeutas corporales de otras orientaciones teóricas a menudo prescinden de la teoría del carácter, de su formación y sus diferentes estructuras para guiar su exploración del cuerpo del paciente, resulta indispensable a la psicoterapia corporal que se inscribe en la tradición reichiana. En otras palabras, en los acercamientos terapéuticos post-reichianos las categorías psicopatológicas y caracterológicas como aquellas elaboradas originalmente por Reich ([1933] 1945) y con posterioridad por Lowen (1958, 1975) constituyen la base conceptual que sustenta una lectura acertada del cuerpo y un entendimiento certero de los significados que contiene. El conocimiento de la expresión natural de diferentes emociones en y a través del cuerpo, tal como fue sistematizado en un comienzo por Darwin (1872), también es de gran utilidad a la hora de comprender los significados que comunica el lenguaje corporal porque cada "afecto tiene un patrón distintivo que combina configuración facial, tono muscular, gesto, postura y cualidades vocales" (Pally, 2001, p. 73). Más allá, el manejo de nociones básicas acerca de las funciones llevadas a cabo por los diferentes sistemas corporales y acerca de las relaciones que existen entre ellos conforma una base necesaria para la adecuada comprensión de lo que comunica un cuerpo por medio de sus expresiones.

En términos concretos, la lectura corporal incluye la consideración sistemática de la expresión general, expresión facial, postura, actitudes, gestos, cualidad de los movimientos, forma de respirar, cualidad energética y tono muscular (hipertono/hipotono) presentes en el cuerpo del paciente, además del registro de impresiones sensoriales e intuitivas subjetivas variadas que experimenta el terapeuta. Asimismo, puede incluir la adopción e imitación de partes del cuerpo o de la postura general del paciente con la finalidad de experimentar desde un punto de vista empático las sensaciones, sentimientos y pensamientos que ésta hace surgir en la experiencia del terapeuta. Conger (1994) distingue tres niveles principales en los cuales se puede leer el cuerpo: la presentación auto-consciente, vinculada con la máscara social o la forma en la que el paciente se intenta mostrar en un primer momento al terapeuta; la sombra o patrón defensivo, ligado a los conflictos biográficos relacionales y emocionales, la manera específica en la

que han sido manejados y la manera específica en la que se expresan en términos somáticos; y el nivel de la naturaleza profunda del individuo, llamada por Reich "núcleo bioenergético", que corresponde a la identidad orgánismica más auténtica.

Existen amplias diferencias en cuanto a lo que los psicoterapeutas hacen con la información que detectan por medio de la lectura del cuerpo (Totton, 2003), variando desde la ubicación de la estructura caracterológica del paciente en un sistema conceptual definido de los tipos de carácter con la finalidad de obtener directrices clínicas específicas, pasando por el uso de metáforas descriptivas que pueden ser comunicadas al paciente a fin de explorar la resonancia emocional que tienen en éste (p. ej., imágenes de animales, elementos, etc. que evocan partes del cuerpo o la actitud general), hasta formas más intuitivas e implícitas de entretejer las propias impresiones con las características particulares que asume un proceso terapéutico. La tarea general del psicoterapeuta es, con todo, "observar la estructura física, advertir los fenómenos físicos presentes y generar hipótesis en cuanto a la dinámica psicobiológica de ese paciente basándose en los fenómenos observados" (Smith, 1985, p. 70). Dicho de otro modo, la lectura del cuerpo busca establecer vínculos claros entre los fenómenos somáticos y los fenómenos psicológicos que forman parte de una misma estructura caracterológica unitaria que se manifiesta tanto en el cuerpo como en la mente, tal como se desprende del principio cardinal de la identidad funcional de psique y soma formulado por Reich (1942).

De acuerdo a Smith (1985), la lectura del cuerpo se basa en el principio fundamental de que la estructura es función congelada. En este sentido, la estructura corporal del paciente representa una declaración concreta condensada de su historia psicobiológica y, al mismo tiempo, de su funcionamiento psicobiológico actual. Por lo tanto, detrás "del uso, no uso o abuso del cuerpo yacen decisiones orgánismicas tomadas en respuesta a los mensajes parentales recibidos" (p. 70) en el transcurso de los primeros años de vida. Desde el punto de vista clínico, Hauswirth (2004) considera que la lectura del cuerpo

posibilita un análisis funcional, a partir del cual hasta algún grado puede derivarse la historia personal del individuo. Le proporciona al terapeuta indicios respecto de las metas particulares que deben ser alcanzadas, y esto con independencia de las declaraciones verbales del paciente. A raíz de un análisis de esta naturaleza puede desarrollarse una intervención orientada al cuerpo (p. 78).

Por supuesto, en virtud del principio de la identidad funcional, las intervenciones orientadas a “descongelar” o desbloquear la manifestación somática de la estructura caracterológica también tienen el potencial de modificar la manifestación psíquica del carácter. Por otro lado, la lectura corporal también puede ayudar al paciente a identificarse con partes de su cuerpo que se encuentran desconectadas o que tienden a ser ignoradas (Eiden, 2002). A partir de los elementos descritos, podemos concluir que la concepción tradicional de la lectura del cuerpo está arraigada en una psicología unipersonal, en la cual la fundamental inter-relación de terapeuta y paciente se encuentra en un segundo plano. Es decir, lo relevante para el terapeuta es la estructura somática del paciente en sí misma y no en cuanto a su eventual función comunicativa o interactiva en la relación terapéutica actual.

NEUROPSICOANÁLISIS Y COMPRENSIÓN DEL LENGUAJE CORPORAL

El emergente campo del neuropsicoanálisis³, que busca integrar los hallazgos de las neurociencias contemporáneas y del psicoanálisis contemporáneo en una teoría interdisciplinaria comprensiva del desarrollo temprano, la psicopatología y la psicoterapia, entre otras cosas se ha ocupado intensamente de estudiar los diversos procesos implícitos no conscientes que fundamentan y subyacen a la interacción infante-cuidador y paciente-terapeuta (Beebe & Lachmann, 2002; Pally, 2001; Schore, 1994, 2003a, 2003b, 2005a, 2005b). En este sentido, ha prestado atención en especial a la comunicación no-verbal somática que se produce entre y a través de los cuerpos de quienes interactúan.

Schore (1994) describe la naturaleza de los estudios existentes acerca de los procesos psicoterapéuticos con anterioridad a la aparición del neuropsicoanálisis de la siguiente manera:

La mayor parte de tales investigaciones [...] se focaliza en los output verbales del paciente como datos primarios del proceso psicoterapéutico. A menudo, este material es representado en transcripciones y no en registros efectivos de las con-

ductas verbales de un paciente (e incidentalmente del terapeuta). Tales muestras borran por completo las esenciales claves prosódicas “escondidas” y las transacciones visuo-afectivas que son comunicadas entre paciente y terapeuta. Sugiero que un foco casi exclusivo de la investigación sobre eventos psicoterapéuticos verbales y cognitivos en vez de no-verbales y afectivos ha restringido severamente nuestra comprensión más profunda del proceso terapéutico diádico. En esencia, estudiar sólo las actividades del hemisferio izquierdo nunca podrá dilucidar los mecanismos de los trastornos socio-emocionales que surgen a partir de las limitaciones de la regulación afectiva del hemisferio derecho (p. 469).

Así, la investigación neuropsicoanalítica ha focalizado sus esfuerzos en la exploración y comprensión del ámbito no-verbal inconsciente que, en términos del sistema nervioso, ha sido vinculado con el hemisferio cerebral derecho. En efecto, se ha planteado la hipótesis de que el cerebro derecho representa el sustrato neurológico del inconsciente (Schore, 2003b, 2005b). Además, tal como menciona Schore, también el ámbito de la afectividad y de la regulación de los afectos ha sido ligado al funcionamiento del hemisferio derecho.

La distinción entre procesos implícitos y explícitos es una concepción central en el neuropsicoanálisis. Mientras que el procesamiento psicológico explícito de la experiencia hace referencia a procesos psíquicos conscientes y verbales o al menos verbalizables, el procesamiento implícito de la experiencia remite a procesos psíquicos inconscientes que transcurren fuera de la atención, que en general no son verbalizables por completo y que, más allá, no son necesariamente del todo conscientizables. Los procesos psíquicos implícitos están ligados a las actividades mentales pre-verbales repetitivas y automáticas que proveen decisiones inmediatas respecto de las situaciones externas que el organismo enfrenta (Beebe & Lachmann, 2002; Lyons-Ruth, 1999; Schore, 2003a, 2003b, 2005b). Para nuestros propósitos, es significativo constatar que los investigadores han aportado diversos hallazgos que apoyan el punto de vista de que el procesamiento implícito juega un papel primordial específicamente en el manejo rápido e instantáneo de las claves afectivas no-verbales involucradas en la comunicación recíproca, que incluye en particular claves conductuales, expresiones faciales, gestos, tono de voz y cambios viscerales como sudoración y coloración de la piel (Pally, 2001).

Trevarthen y Aitken (2001) describen, desde esta perspectiva, la existencia de “proto-diálogos” tempranos

³ Incluimos aquí en el campo del neuropsicoanálisis también la investigación contemporánea de infantes, que no siempre está ligada explícitamente a una concepción neurobiológica de los fenómenos que estudia pero que, sin embargo, es congruente y complementaria de los hallazgos de las neurociencias.

nos entre el infante y su cuidador primario que se basan en mensajes visuales ojo-a-ojo, gestos táctiles y corporales y vocalizaciones prosódicas. Estos proto-diálogos corresponden, en esencia, a comunicaciones emocionales bi-direccionales que, en cuanto tales, implican la capacidad de ambos participantes para enviar y, en especial, para decodificar y reconocer el significado de los mensajes no-verbales del otro. “El procesamiento diádico implícito de estas comunicaciones no-verbales de apego de expresión facial, postura y tono de voz es el producto de las operaciones del hemisferio derecho del infante en interacción con el hemisferio derecho de la madre” (Schore, 2005b, p. 833). Más allá, el hemisferio derecho no sólo es dominante en cuanto a la comunicación emocional tácita sino, además en cuanto al mecanismo de improntación, que es considerado uno de los mecanismos centrales que subyace a la formación de los lazos de apego con figuras significativas. En total, los procesos interaccionales implícitos constituyen la base pre-verbal de la naciente personalidad porque durante los primeros años de vida comienzan a ser representados de modo implícito en la psique emergente del niño (Beebe & Lachmann, 2002; Schore, 2003a, 2003b). Así, los inicios de la subjetividad son concebidos en términos relacionales e interactivos.

Los procesos comunicativos implícitos tienen, en consecuencia, sus orígenes en la díada infante-cuidador. Sin embargo, a partir de entonces, acompañan la comunicación verbal explícita a lo largo de toda la vida y, por supuesto, están presentes en la relación psicoterapéutica. Existe efectivamente un gran número de formas de comunicación no-verbal en todos los intercambios relacionales —“cuerpo a cuerpo, biología a biología” (Pally, 2001, p. 72). Tal como afirma Lyons-Ruth (2000), la

mayoría de las transacciones relacionales recurren fuertemente a un sustrato de claves afectivas que proporcionan una valencia evaluativa o dirección a cada comunicación relacional y estas comunicaciones son llevadas a cabo en un nivel implícito de una rápida emisión de señales y respuestas que se produce con demasiada rapidez como para realizar una traducción verbal y reflexión consciente simultáneas (pp. 91-92).

Es decir, los intercambios relacionales que se producen entre paciente y terapeuta transcurren en dos niveles al mismo tiempo: existe un proceso verbal explícito de comunicación ligado al funcionamiento del hemisferio cerebral izquierdo y un paralelo proceso no-verbal implícito de comunicación vinculado con el fun-

cionamiento del hemisferio derecho. Esto significa que, en todo momento, *existe una lectura corporal implícita recíproca* que le permite a paciente y terapeuta descifrar en un nivel no consciente —pero no por ello menos influyente— los mensajes no-verbales que acompañan las palabras específicas emitidas por ambos. Más allá, la investigación neuropsicoanalítica ha puesto al descubierto que la situación clínica completa y la interacción terapéutica diádica en particular están muchas veces determinadas en mayor medida por estas comunicaciones bi-direccionales de hemisferio derecho a hemisferio derecho que por la comunicación verbal explícita (Beebe, 1998; Schore, 2003b, 2005b).

Schore (2003b) resume lo dicho de la siguiente manera: en el contexto de la interacción psicoterapéutica, el terapeuta

está prestando atención consciente y explícitamente a las verbalizaciones del paciente con la finalidad de diagnosticar y racionalizar en términos objetivos la sintomatología de dis-regulación del paciente. Pero también está escuchando e interactuando en otro nivel, un nivel subjetivo cercano a la experiencia, un nivel que procesa implícitamente momento-a-momento la información socio-emocional en niveles por debajo de la conciencia (p. 52).

Estas ideas nos permiten ofrecer una explicación más completa de la lectura del cuerpo. En primer lugar, es indispensable diferenciar entre procesos implícitos y explícitos de lectura corporal. En segundo lugar, queda claro que una de las diferencias principales entre estas dos modalidades de lectura corporal yace en sus características y funciones. La modalidad tradicional explícita, como ya hemos mencionado con anterioridad, se produce en gran medida de modo consciente e involucra procesos psíquicos verbalizables, estando su función relacionada con la comprensión uni-direccional de la historia del paciente a través de sus inscripciones caracterológicas corporales. En cierto sentido, en ella el cuerpo del paciente es entendido como conjunto de “verbalizaciones” que pueden ser decodificadas en términos explícitos.

La modalidad implícita, por su parte, es un proceso no consciente, difícil de verbalizar y esencialmente bi-direccional cuya función primordial guarda relación con la comunicación recíproca. En consecuencia, se trata de un proceso de naturaleza inherentemente relacional que da cuenta de la existencia de intencionalidades vinculares que son expresadas en el nivel corporal no-verbal. En esto se diferencia de otros conceptos ela-

borados por los psicoterapeutas corporales que parecen hacer referencia a fenómenos implícitos similares, como la resonancia somática y la identificación vegetativa (Boadella, 1997a), ya que tales conceptos parecen enfatizar más una orientación uni-direccional —el terapeuta puede hacer uso consciente de la resonancia somática y la identificación vegetativa para profundizar su comprensión de la experiencia del paciente. Desde el punto de vista que hemos desarrollado, podemos suponer que la capacidad explícita de leer el cuerpo, aun siendo diferente de los procesos implícitos de lectura corporal que hemos descrito, tiene su fundamento tanto biográfico como actual en ellos. Por supuesto, ambas modalidades de lectura corporal cumplen funciones relevantes en el marco de la psicoterapia dado que refieren a aspectos distintos pero complementarios de los procesos que caracterizan el encuentro terapéutico.

INTENCIONALIDAD RELACIONAL, PROCESO PSICOTERAPÉUTICO Y LECTURA DEL LENGUAJE CORPORAL

Tanto en el psicoanálisis relacional como en el campo de la psicoterapia corporal, en los últimos años ha surgido la noción de un *cuerpo relacional*, es decir, ha hecho aparición una concepción relacional del cuerpo que enfatiza que la corporalidad y la estructura corporal son fenómenos que emergen y adoptan formas específicas a partir de las modalidades de vinculación existentes en la diada temprana y, posteriormente, en la relación terapéutica (Aron & Anderson, 1998; Cornell, 2003; Orbach, 2004; Sassenfeld, 2007). El título de un trabajo reciente de Orbach (2004) aclara el concepto de un cuerpo relacional: parafraseando a Winnicott, asevera que “No existe tal cosa como un cuerpo”, lo que indica que el desarrollo de un cuerpo y la diferenciación de una experiencia corporal sólo pueden producirse en relación a otro cuerpo y a otra experiencia corporal. Visto desde el punto de vista de la psicoterapia corporal, también puede considerarse que la “forma en la que una persona establece una relación con otra persona abarca procesos y patrones de acción que son formas celulares, motoras y musculares de expresión” (Keleman, 1986, p. 7). En términos clínicos, lo dicho significa, tal como señala Aron (1999), que una “psicología de dos personas es, en realidad, una psicología de dos cuerpos, no se trata sólo de un encuentro de mentes sino de personas que incluyen cuerpos” (pp. 267-268).

Por otro lado, Boadella (1997a, 1997b) ha subrayado la importancia de trabajar terapéuticamente con la intencionalidad inherente a las tendencias corporales al movimiento y la acción. En este sentido, ha definido al-

gunos patrones específicos de intencionalidad del movimiento del cuerpo que denomina campos motores, incluyendo flexión y extensión, oposición y tracción, absorción y activación y rotación y canalización. Boadella liga estos patrones motores con diferentes tipos de movimientos que surgen de modo gradual en el desarrollo infantil y, más allá, afirma que su potencial adaptativo cristaliza como respuesta al entorno existente. Uniendo las ideas contenidas en la sección anterior, las ideas recién mencionadas acerca de un cuerpo relacional y la concepción de Boadella, podemos entonces hablar de la existencia de una intencionalidad relacional en muchas de las expresiones no-verbales implícitas que constituyen gran parte de la interacción y comunicación terapéutica. En otras palabras, podemos suponer que una gran parte del lenguaje corporal no consciente que el paciente y el terapeuta expresan contiene intencionalidades dirigidas al otro, como acercarse, alejarse, empujar, atraer, oponerse, contactar, esconderse, etc. Y, como dice Boadella (1997a), la tarea del terapeuta es, en esencia, entender el contenido afectivo y psíquico del lenguaje somático de la intencionalidad.

Por un lado, el hecho de que la intencionalidad relacional que se manifiesta en la expresión no-verbal implícita del paciente en la situación terapéutica lo haga de modo claro, directo, distorsionado, bloqueado o repetitivo guarda relación con las expectativas relacionales implícitas o conocimiento relacional implícito (Lyons-Ruth, 1999; Stern, 1998; Stern *et al.*, 1998) que este construyó en el contexto de las interacciones comunicativas en la diada temprana. De hecho, las intencionalidades relacionales somáticas forman parte del conocimiento relacional implícito. Un vínculo infante-cuidador que no permite o que permite sólo parcial o condicionalmente la aparición y el desarrollo de determinados campos motores genera reglas implícitas que determinan qué expresiones no-verbales están permitidas o prohibidas en los intercambios emocionales en general. Por ejemplo, una madre que experimenta angustia frente a la posibilidad de que su hijo empiece a ser capaz de alejarse en términos físicos de ella, posiblemente contribuya a establecer un sistema implícito de reglas vinculares en el cual la intencionalidad relacional de alejarse del otro sea en alguna medida excluida o al menos dificultada, incluyendo su manifestación somática muscular, fisiológica y conductual. Con posterioridad, en el contexto de la relación psicoterapéutica, indicios corporales de la intencionalidad relacional de alejamiento pueden resultar estar ausentes, distorsionados o bloqueados en el lenguaje corporal de un paciente con una historia de tales características, mientras que indicios corporales de la intencionalidad

relacional de acercamiento pueden estar demasiado presentes y determinar en gran medida la vinculación que el paciente establece con el terapeuta.

Por otro lado, a pesar de que paciente y terapeuta traen su propio conocimiento relacional implícito al encuentro terapéutico y le confieren forma a su relación en función de la naturaleza de éste, en conjunto construyen una manera propia más o menos flexible de interactuar y comunicarse que da lugar a un sistema característico de reglas relacionales. La construcción de este sistema de reglas vinculares nuevamente permite y prohíbe la expresión no-verbal de determinadas intencionalidades relacionales. Así, no sólo existen campos motores cuya expresión está prohibida o permitida debido al propio conocimiento relacional implícito histórico, sino también campos motores prohibidos o permitidos ligados a la construcción actual de expectativas relacionales con el psicoterapeuta como figura vincular nueva que tiene algún grado de independencia respecto del pasado del paciente. Ésta es una de las diferencias existentes entre el concepto del conocimiento relacional implícito y la noción tradicional de la transferencia.

Desde esta perspectiva, una dimensión significativa del cambio en la psicoterapia está relacionada, en lo fundamental, con facilitar la aparición, la conciencia y el despliegue de intencionalidades relacionales en alguna medida inhibidas por las expectativas implícitas históricas respecto de las interacciones humanas. Asimismo, el cambio involucra la exploración de las reglas relacionales que influyen la interacción terapéutica presente prohibiendo el desarrollo de ciertos campos motores, y su eventual modificación con la consiguiente ampliación de posibilidades de manifestar ciertas intencionalidades relacionales. Este proceso diádico que afecta la expresión no-verbal de intencionalidades relacionales es en algún sentido equivalente al proceso de cambio descrito por Stern *et al.* (1998) como expansión, reorganización y transformación del conocimiento relacional implícito en el seno de experiencias vinculares nuevas experimentadas en la relación terapéutica. Stern (1998) supone que una gran parte de la acción psicoterapéutica que genera cambios involucra alteraciones del conocimiento implícito del paciente respecto de qué hacer, pensar y sentir en contextos vinculares específicos. En total, dos mecanismos fundamentales del cambio en el proceso psicoterapéutico son, por lo tanto, la clarificación de las experiencias relacionales históricas del paciente y, además, la generación de experiencias relacionales nuevas (Fosshage, 2003), a lo que podríamos entonces agregar que la dimensión somática implícita de ese conjunto de experiencias es de especial importancia.

Lo que hemos dicho acerca de la noción de la intencionalidad relacional está estrechamente relacionado con la lectura del lenguaje corporal. Hauswirth (2004) considera que la lectura del cuerpo incluye “la interacción entre paciente y terapeuta, las modulaciones en conexión con parámetros como cercanía versus distancia [...]” (p. 77), ampliando su foco uni-direccional original más allá del cuerpo del paciente como tal hacia el vínculo que establecen paciente y terapeuta. De esta manera, por un lado, el proceso clínico de la lectura explícita del cuerpo del paciente puede pasar a contemplar los procesos de comunicación emocional no-verbal recíproca como parte de su campo de atención. Dado que los procesos somáticos implícitos de comunicación por definición sólo son conscientizables y verbalizables en cierto grado, esto es posible en esa misma medida, una circunstancia que no le resta valor clínico a esta forma de proceder. Tal como asevera Lyons-Ruth (1998), en el contexto psicoterapéutico, algunas pequeñas áreas del conocimiento relacional implícito del paciente pueden ser articuladas en términos verbales e interpretadas en términos transferenciales. Sin embargo, las áreas que pueden explicitarse conscientemente representan tan sólo una reducida fracción de la totalidad del conocimiento relacional del paciente.

Por otro lado, la lectura corporal implícita se convierte en un aspecto esencial y omnipresente del proceso psicoterapéutico que, a pesar de ello, es utilizable de modo consciente sólo parcialmente. En la actualidad, está claro que la percepción de las claves no-verbales recurre de modo primario a los órganos de los sentidos (en particular, ojos y oídos) y a canales sensoriales “interiores” ligados a los órganos viscerales del cuerpo (Pally, 2001). Más allá, sabemos que para el terapeuta “la capacidad de recibir y expresar comunicaciones dentro del ámbito implícito se optimiza cuando el clínico se encuentra en un estado de receptividad del cerebro derecho” (Schore, 2005b, pp. 841-842). El tipo de atención implicado en esta receptividad del hemisferio derecho está entre otros aspectos vinculado con captar características globales en vez de detalles particulares, correspondiendo a una percepción “abierta” en vez de focalizada y analítica. Según Schore (2005b), para “hacer esto, el clínico debe acceder a sus propias respuestas intuitivas de base corporal respecto de las comunicaciones implícitas de base corporal del paciente” (p. 843). Esto significa que el terapeuta necesita ser capaz de monitorear sus propias respuestas afectivas somáticas respecto de las comunicaciones faciales, gestuales y prosódicas implícitas del paciente. Lewis (2005) entiende esta experiencia del terapeuta como una especie de intuición corporal empática de las pro-

fundidades y los matices de la experiencia del paciente. Beebe (2004), por su parte, afirma: “Nos podemos enseñar a nosotros mismos a observar estas interacciones no-verbales implícitas simultáneamente en nosotros y en nuestros pacientes, expandiendo nuestra propia conciencia y, dónde resulte útil, la del paciente” (p. 49).

Así, desde una perspectiva neuropsicoanalítica, nuestra formulación anterior del proceso de cambio psicoterapéutico puede ser reformulada de la siguiente manera:

En este diálogo intersubjetivo, el clínico intuitivo y psicobiológicamente entonado está aprendiendo, a partir del primer punto de contacto, acerca de las estructuras rítmicas no-verbales momento-a-momento de los estados internos del paciente y está modificando de modo relativamente flexible y fluido su propio comportamiento para sincronizarse con esa estructura, co-creando con ello junto al paciente un contexto facilitador del crecimiento [...] (Schore, 2005b, p. 845)

En tal contexto facilitador del crecimiento, a través de la coordinación del comportamiento no-verbal implícito del terapeuta con los ritmos no-verbales implícitos del paciente, pueden surgir y desplegarse precisamente aquellas intencionalidades relacionales que se traslucen con mayor o menor claridad en el lenguaje corporal del paciente. Por lo tanto, a la luz de lo que hemos dicho, el terapeuta requiere tanto de la información que le entrega una lectura corporal explícita del cuerpo del paciente y de la interacción somática que entabla con el terapeuta, como de la lectura implícita del cuerpo que le permite entonarse intuitivamente con el ritmo emocional no-verbal del paciente y a partir de ese entonamiento facilitar experiencias vinculares nuevas que amplíen y transformen las expectativas relacionales existentes.

LA INTENCIONALIDAD RELACIONAL EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Ejemplificaremos algunos aspectos de lo que hemos planteado con anterioridad a través de algunas secuencias interactivas comunicativas en las cuales la intencionalidad relacional manifestada en el lenguaje corporal jugó un papel central en la clarificación del conocimiento relacional implícito de la paciente y, con ello, abrió la posibilidad de explorar algunos elementos significativos de su historia relacional o de constatar que se habían efectivamente producido modificaciones en sus expectativas relacionales.

Viñeta clínica 1:

En los inicios del trabajo terapéutico con una paciente de veintidós años de edad, durante una sesión comenzamos a hablar acerca de algunas vivencias que ella califica de “extrañas” y que tiende a descalificar como “medias locas” y “exageradas”. Le pido que me describa con mayor detalle la naturaleza y las características de las vivencias en cuestión. En la medida en la que sigue hablando, se incomoda y repentinamente toma un cojín que se encuentra a su lado y lo coloca frente a su rostro, impidiéndome verla.

Éste es un ejemplo simple —una circunstancia que no le resta valor en cuanto las situaciones “simples” abundan en la práctica clínica— ya que la intencionalidad relacional de la conducta de la paciente resulta fácilmente reconocible. El uso del cojín le permite *esconderse* del terapeuta, indicando en términos generales que siente que los contenidos de su discurso pudieran gatillar alguna reacción por parte del otro que ella no desea enfrentar de modo directo. Es de gran relevancia aclarar que el trabajo terapéutico con la intencionalidad relacional del lenguaje somático no se centra en los contenidos del discurso, sino de manera específica en el significado vincular de una determinada expresión corporal no-verbal. Así, en la situación descrita, en vez de continuar enfocando *lo que* la paciente había estado relatando, decidí explorar su *forma* de relacionarse conmigo cuando se trata de hablar de contenidos aparentemente conflictivos. Esta manera de proceder guarda una relación estrecha con los principios básicos de la metodología clínica del análisis del carácter elaborada por Reich (1945 [1933]), que también privilegia la atención terapéutica en la forma en la que el paciente se expresa por sobre la atención en el contenido particular de lo que relata.

Esta indagación nos permitió comprender que el hecho de mostrarle a un otro una determinada área de sus experiencias le generaba una intensa vivencia de vergüenza. Al profundizar en esta vivencia, quedé al descubierto que en muchas ocasiones sus padres habían tendido a reaccionar frente a ciertas cosas que ella les contaba con respuestas de descalificación, humillación y también temor. En consecuencia, la paciente había construido expectativas relacionales de que, dada la situación de exponer ciertos aspectos de su mundo interno, el otro reaccionaría de la misma manera. En este caso, la intencionalidad relacional expresada en su uso del cojín en el contexto terapéutico —escondirse con la finalidad de evadir la reacción del otro— nos condujo a explicitar un aspecto importante de su cono-

cimiento relacional implícito histórico. Más allá, con el paso del tiempo, el reconocimiento y la exploración del significado vincular de su gesto corporal hizo posible que la paciente atravesara la experiencia repetida de poder compartir conmigo algunas de sus vivencias que más la avergonzaban sin que esto implicara reacciones emocionales como aquellas que esperaba. Secuencias comunicativas similares a la que hemos mencionado se produjeron en el transcurso del proceso terapéutico en diversas oportunidades y nuestra conciencia compartida de su significado subyacente facilitó la gradual transformación o matización de sus expectativas relacionales.

Cabe agregar que también hubiese sido posible examinar si acaso el lenguaje somático no-verbal del terapeuta incluyó en la secuencia descrita signos implícitos de una respuesta emocional parecida a las reacciones originales de los padres de la paciente. Una situación de ese tipo guarda relación con el concepto de la escenificación [enactment] relacional (véase en particular Jacobs, 2001), muy utilizado en el psicoanálisis contemporáneo, en la cual el terapeuta efectivamente actúa de manera similar a ciertas figuras significativas en la historia del paciente y con ello genera una especie de re-actualización de escenarios vinculares que forman parte de la historia relacional del paciente. En ese caso, el gesto corporal de la paciente hubiese tenido un significado relacional adicional enraizado en la relación actual con el terapeuta y su exploración podría haber explicitado una regla vincular propia del vínculo terapéutico. Tal explicitación, a su vez, podría haber sido el punto de inicio para una modificación del conocimiento relacional implícito co-construido y compartido por paciente y terapeuta.

Viñeta clínica 2:

Alrededor de los dieciocho meses del proceso terapéutico, una paciente con un diagnóstico psiquiátrico de un trastorno grave del ánimo y con algunas características propias de un funcionamiento fronterizo de la personalidad empieza a decirme en repetidas ocasiones que le parece raro que yo siempre le encuentre la razón y que desearía saber más acerca de lo que yo pienso acerca de determinadas cuestiones que surgen en nuestras conversaciones. (Esto ocurre frente al trasfondo de un proceso terapéutico guiado en gran medida por los principios clínicos de la psicología psicoanalítica del self [Kohut, 1977, 1984; Sassenfeld, 2006; Wolf, 1988], que enfatiza entre otras cosas la importancia del reflejo emocional como estrategia facilitadora de la construcción de estructura psíquica. De ahí su

percepción de que yo “le encuentro siempre la razón.”) De manera simultánea, al comienzo de cada sesión empieza a colocar su sillón, que de modo habitual está ubicado en un pequeño ángulo respecto del sillón del terapeuta, enfrentándolo directamente. Sin comentar o cuestionar su acción, que surge en un momento de la psicoterapia en el cual la paciente ha logrado mantener una cierta estabilidad emocional y concretar ciertos proyectos personales, durante y entre varias sesiones reflexiono acerca de sus posibles significados.

A partir de sus repetidas declaraciones y especialmente a partir de su repetida acción de mover su sillón, con el tiempo comprendo que la intencionalidad relacional que aparece en el encuentro terapéutico está relacionada con *encaramme* —dicho en términos psicológicos y vinculares, la paciente busca relacionarse conmigo de “igual a igual” y no ya como alguien que actúa como una especie de espejo de su propio mundo interior, carente de subjetividad propia. En otras palabras, busca relacionarse conmigo intersubjetivamente (Beebe *et al.*, 2003; Benjamin, 1990), una posibilidad de vinculación que en muchas condiciones psicopatológicas está dificultada o perturbada. En este sentido, el surgimiento de esta modalidad vincular puede ser considerado un logro del desarrollo psíquico y del cambio terapéutico de la paciente, de significación especial en su caso dado el antecedente del funcionamiento de la personalidad con algunas características limitrofes. Por supuesto, este entendimiento no nace exclusivamente sobre la base de una lectura y un reconocimiento de la intencionalidad relacional implicada en su acción con el sillón en la situación terapéutica, sino que está ligado adicionalmente a un conocimiento explícito amplio de su historia y a un conocimiento implícito específico de las manifestaciones no-verbales que se han sucedido en el transcurso del proceso terapéutico a lo largo de un año y medio.

En este ejemplo, la intencionalidad relacional que trasluce en su acción no-verbal no nos conduce a una clarificación de algún aspecto de su conocimiento relacional implícito histórico, aunque sí nos muestra en términos generales que la posibilidad de relacionarse de manera intersubjetiva “cara-a-cara” con un otro no se encontraba con anterioridad integrada en su repertorio relacional. Más bien, la intencionalidad relacional expresada actúa como indicador de que las posibilidades relacionales viables dentro del rango de sus expectativas vinculares se han ampliado. Podríamos tal vez expresar esta circunstancia indicando que el “monólogo” terapéutico ha pasado a transformarse en la posibilidad

de “diálogo” terapéutico, en el cual ella ahora puede tolerar e incluso desea o necesita que participen dos sujetos para poder continuar su desarrollo psicológico. Esto, a su vez, nos permite suponer que su conocimiento relacional implícito ha sido transformado a través de experiencias vinculares nuevas con la figura del terapeuta —sin que esto ocurriera en el nivel explícito y consciente, sino en el nivel implícito inconsciente. Así, durante el proceso terapéutico, el terapeuta ha contribuido de modo no-verbal, aunque sin intención explícita, a que la paciente experimentara una modalidad diferente de vinculación a nivel del proto-diálogo emocional recíproco en el contexto clínico. En este caso, el terapeuta en ningún momento se refirió en términos verbales a su comprensión del lenguaje somático de la paciente sino que se limitó a dejar de recurrir predominantemente al reflejo emocional y comenzó a introducir en la conversación terapéutica cuidadosamente puntos de vista diferentes de aquellos manifestados por la paciente, apoyando la intencionalidad relacional que había surgido entre ellos.

REFLEXIONES FINALES

La concepción de una intencionalidad relacional que se manifiesta a través del lenguaje corporal implícito intenta unir las dimensiones relacional y somática en una comprensión más integrada de algunas experiencias del paciente en el contexto psicoterapéutico. Ofrece, con ello, una vía de acceso al conocimiento relacional implícito pre-verbal que el paciente trae consigo y, más allá, al sistema de reglas vinculares que éste co-construye con el terapeuta en su relación actual. Utilizado clínicamente, este acceso puede generar posibilidades significativas de conscientización explícita y reorganización implícita de las expectativas relacionales del paciente y también de la diada terapéutica, además de contener el potencial de contribuir al surgimiento de formas novedosas de vinculación entre ambos participantes. Y, tal como ha puesto al descubierto la investigación contemporánea de los mecanismos de cambio en la psicoterapia, uno de los procesos centrales involucrados en el cambio constructivo de la personalidad está ligado a la expansión y transformación del conocimiento relacional del paciente (Stern, 1998; Stern *et al.*, 1998).

El neuropsicoanálisis ha acercado a un público profesional amplio la idea de que el “diálogo corporal en la relación terapéutica” (Keleman, 1986) es una dimensión clave de los procesos de interacción y comunicación emocional que se producen en el contexto de la psicoterapia. Tal como enfatiza Schore (2005b), uno

de los voceros más destacados de la investigación neuropsicoanalítica,

Los elementos críticos de las comunicaciones intersubjetivas inconscientes implícitas arraigadas en transacciones afectivamente cargadas de apego son más que contenidos mentales; más bien, son procesos psicobiológicos somáticos interactivamente comunicados, regulados y dis-regulados que median los estados emocionales conscientes e inconscientes compartidos (pp. 843-844).

Por lo tanto, a la luz de estos nuevos hallazgos, la comprensión conceptual de los procesos implícitos somáticos y relacionales implicados en todo proceso psicoterapéutico se ha convertido en una necesidad imperiosa. La psicoterapia corporal dispone de un amplio conjunto de herramientas clínicas para aprender a reconocer, describir, entender y utilizar terapéuticamente el lenguaje corporal no-verbal del paciente, pero recién está empezando a asimilar el énfasis actual sobre la gran importancia de la relación e interacción entre paciente y terapeuta. Los terapeutas influenciados por el neuropsicoanálisis, por su parte, disponen de una profunda comprensión de los procesos vinculares implícitos y no conscientes que transcurren en el marco de la relación terapéutica, pero carecen aún de conocimientos sistemáticos acerca de lo que Boadella (1997a) llama “semántica somática” —el conocimiento de los significados que expresa el lenguaje del cuerpo. En este trabajo hemos intentado comenzar a tender un puente entre ambas aproximaciones, una tentativa que aún se encuentra en sus inicios pero que nos parece muy prometedora tanto desde el punto de vista clínico como del punto de vista teórico.

Concluiremos con las siguientes palabras de Pally (2001): los psicoterapeutas “necesitan pasar más tiempo estando conscientes de las conexiones ‘cuerpo a cuerpo’ junto a las conexiones ‘mente a mente’ con sus pacientes” (p. 72). Esta forma de proceder permitirá a los terapeutas enriquecer significativamente el encuentro terapéutico y, con ello, facilitar procesos de cambio más profundos y más globales.

REFERENCIAS

1. Aron L. Afterword. En: Mitchell S. Aron L. *Relational Psychoanalysis: The Emergence of a Tradition*, The Analytic Press, New Jersey, 1999, pp. 265-268
2. Aron L, Anderson F. (Eds.) *Relational Perspectives on the Body*, The Analytic Press, New Jersey, 1998
3. Beebe B. A procedural theory of therapeutic action: Commentary on the symposium, “Interventions that effect change

- in psychotherapy". *Infant Mental Health Journal* 1998; 19(3): 333-340
4. Beebe B. Faces in relation: A case study. *Psychoanalytic Dialogues* 2004; 14 (1): 1-51
 5. Beebe B. Lachmann F. *Säuglingsforschung und die Psychotherapie Erwachsener*, Klett-Cotta, Stuttgart, 2002
 6. Beebe B, Rustin J, Sorter D, Knoblauch S. An expanded view of intersubjectivity in infancy and its application to psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues* 2003; 13 (6): 805-841
 7. Benjamin J. Recognition and destruction: An outline of intersubjectivity. *Psychoanalytic Psychology* 1990; 7: 33-47
 8. Boadella D. Embodiment in the therapeutic relationship: Main speech at the first congress of the World Council of Psychotherapy, Vienna, 1-5 July, 1996. *International Journal of Psychotherapy* 1997a; 2 (1): 31-45
 9. Boadella D. Biosynthesis: A somatic psychotherapy [on-line]. Escola de Biossíntese do Rio de Janeiro 1997b (www.biossíntese.psc.br/CommonGround.htm)
 10. Conger J. *The Body in Recovery: Somatic Psychotherapy and the Self*, Frog, Berkeley, 1994
 11. Cornell W. Entering the gestural field: The body in relation. *Energy & Character* 2003; 32: 45-55
 12. Darwin C. *La expresión de las emociones en los animales y en el hombre*, Alianza Editorial, Madrid, 1872
 13. Eiden B. Application of post-reichian body psychotherapy: A Chiron perspective. En Staunton T. *Body Psychotherapy*, Brunner-Routledge, East Sussex, 2002, pp. 27-55
 14. Fosshage J. Fundamental pathways to change: Illuminating old and creating new relational experience. *International Forum of Psychoanalysis* 2003; 12: 244-251
 15. Hauswirth M. Die bioenergetische Analyse –eine körperorientierte Psychotherapie. En Hoffmann-Axthelm D. *Mit Leib und Seele –Wege der Körperpsychotherapie* (pp. 61-89), Schwabe Verlag, Basel, 2004, pp. 61-89
 16. Jacobs T. On unconscious communications and covert enactments: Some reflections on their role in the analytic situation. *Psychoanalytic Inquiry* 2001; 21 (1): 4-23
 17. Keleman S. *Körperlicher Dialog in der therapeutischen Beziehung*, Kösel Verlag, München, 1986
 18. Kohut H. *La restauración del sí-mismo*, Paidós, Buenos Aires 1977
 19. Kohut H. *How Does Analysis Cure?*, The University of Chicago Press, Chicago, 1984
 20. Lewis R. The anatomy of empathy. *Bioenergetic Analysis* 2005; 15: 9-31
 21. Lowen A. *El lenguaje del cuerpo*, Herder, Barcelona, 1958
 22. Lowen A. *Bioenergética*, Diana, México, 1975
 23. Lyons-Ruth K. Implicit relational knowing: Its role in development and psychoanalytic treatment. *Infant Mental Health Journal* 1998; 19 (3): 282-289
 24. Lyons-Ruth K. The two-person unconscious: Intersubjective dialogue, enactive relational representation, and the emergence of new forms of relational organization. En Aron L. Harris A. *Relational Psychoanalysis: Innovation and Expansion* (Vol. 2), The Analytic Press, New Jersey, 1999, pp. 311-349
 25. 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
 26. Orbach S. The body in clinical practice, part one: There's no such thing as a body. En White K. *Touch: Attachment and the Body*, Karnac Books, London, 2004, pp. 17-34
 27. Pally R. A primary role for nonverbal communication in psychoanalysis. *Psychoanalytic Inquiry* 2001; 21 (1): 71-93
 28. Reich W. *The Function of the Orgasm: Sex-Economic Problems of Biological Energy*, Souvenir Press, London, 1942
 29. Reich W. *Análisis del carácter*, Paidós, Barcelona, 1945 [1933]
 30. 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* 2006; 2 (1): 55-60
 31. Sassenfeld A. Del cuerpo individual a un cuerpo relacional: Dimensión somática, interacción y cambio en psicoterapia. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria* 2007; 3 (2): 177-188
 32. Schore A. *Affect Regulation and the Origin of the Self*, Lawrence Erlbaum Associates, New Jersey, 1994
 33. Schore A. *Affect Dysregulation and Disorders of the Self*, W. W. Norton, New York, 2003a
 34. Schore A. *Affect Regulation and the Repair of the Self*, Norton, New York, 2003b
 35. Schore, A. Attachment, affect regulation, and the developing right brain: Linking developmental neuroscience to pediatrics. *Pediatrics in Review* 2005a; 26 (6): 204-217
 36. Schore A. A neuropsychanalytic viewpoint: Commentary on paper by Steven H. Knoblauch. *Psychoanalytic Dialogues* 2005b; 15 (6): 829-854
 37. Smith E. *The Body in Psychotherapy*, McFarland & Company, North Carolina, 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, Sander L, Nahum J, Harrison A, Lyons-Ruth K, Morgan A, Bruschiweiler-Stern N, Tronick E. Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy: The "something more" than interpretation. *International Journal of Psychoanalysis* 1998; 79: 903-921
 40. Totton N. *Body Psychotherapy: An Introduction*, Open University Press, Philadelphia 2003
 41. Trevarthen C, Aitken K. Infant intersubjectivity: Research, theory, and clinical applications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2001; 42 (1): 3-48
 42. Wolf E. *Theorie und Praxis der psychoanalytischen Selbstpsychologie*, Suhrkamp, Frankfurt am Main, 1988

ENSAYO

MISTICISMO, PSICOANÁLISIS Y EL YO

(Rev GPU 2008; 4; 1: 93-98)

Edgardo Thumala

“Qué tipos raros los psicólogos; tienen delante de ellos, en el centro de su ciencia, un hecho cierto, el único comprobante del ser de todas las demás cosas, y no le prestan atención. ¿Por qué no comienzan con sus egos, o por los nuestros, por algo que todos conocemos?

(G.W.Allport 1943)

Mi intención en el siguiente escrito es proponer la viabilidad y el interés de un diálogo del pensamiento psicoanalítico con el pensamiento místico, particularmente en lo que concierne al tema del “yo” o ego, el cual constituye un centro referencial para ambas perspectivas. Junto a ello trataré de mostrar qué diferencias, las cuales han aparecido como irremontables, surgen fundamentalmente desde incomprensiones terminológicas y léxicos distintos. Pero lo que es más importante, intentaré mostrar el valor de la propuesta mística que se dirige hacia la necesidad de una desidentificación con el yo o ego recurriendo para ello, además del psicoanálisis, a desarrollos que surgen desde otras disciplinas.

Sigmund Freud en su ensayo “El Porvenir de una Ilusión” cerró la puerta a sus seguidores en lo que respecta a la investigación sobre el pensamiento místico y religioso, al plantear acerca de las religiones: “todas ellas son ilusiones, son indemostrables, nadie puede ser obligado a tenerlas por ciertas, a creer en ellas. Algunas son tan inverosímiles, contradicen tanto lo que trabajosamente hemos podido averiguar sobre la realidad del mundo, que se las puede comparar –bajo la debida reserva de las diferencias psicológicas– con las ideas delirantes...” (Freud 1927). En su análisis del problema, Freud interpretó lo religioso como una reemergencia en el hombre adulto del deseo infantil de protección y amparo “... así el motivo de la añoranza del padre es idéntico a la necesidad de ser protegido de las consecuencias de

la impotencia humana; la defensa frente al desvalimiento infantil confiere sus rasgos característicos a su reacción ante el desvalimiento que el adulto mismo se ve forzado a reconocer, reacción que es justamente la formación de la religión” (Ibid).

Este análisis fue la continuación de una línea de pensamiento que había surgido a mediados del siglo XIX frente a la necesidad (entre otras) de lograr una psiquiatría y una psicología separadas de lo filosófico y lo religioso con el fin de poder aplicar el surgiente pensamiento científico. Basta con recordar que el psiquiatra alemán Heinroth, en su “Tratado de los Trastornos de la Vida Anímica”(1818), dedicaba 143 paginas a discutir la naturaleza de Dios (Pichot 1983). Esta necesidad y la esperanza de que la ciencia iba a ser capaz de entender

completamente la mente, dejaron una herencia que estigmatizó cualquier búsqueda o referencia a lo religioso en la psicología y particularmente en el psicoanálisis.

Carl. G. Jung se alejó de Freud en parte por sus diferencias en cuanto a la ubicación de lo religioso y del misticismo en el psicoanálisis. Como dice una psicoanalista actual: *“Los discípulos de Freud apenas sí se ocuparon de la experiencia mística. Continuaron interpretándola, para citar unos pocos trabajos de una literatura limitada, como un proceso patológico, ya sea como sexualidad distorsionada (Reich 1942), como una melancolía progresiva (Alexander 1931), como una defensa contra la depresión (Masson 1980) es decir como una patología”* (Rizutto 1993).

En los últimos 30 años se ha producido un acercamiento entre ambos pensamientos que queda retratado, entre otros muchos eventos, por los recientes encuentros sobre la naturaleza de la mente que tuvieron un grupo de científicos, entre los que se contaba una eminente psicoanalista (J. MacDougall), con el Dalai Lama. La serie de encuentros de J. Krishnamurti, con el psicoanalista D. Shainberg, el seminario de E. Fromm con el budista D.T. Suzuki. Junto a esto la edición de libros como *The couch and the tree: dialogues in psychoanalysis and buddhism* (1998) de Anthony Molino y *Psychoanalysis and Buddhism: an unfolding dialogue* (2003) de Jeremy Safran han permitido una cercanía la cual, junto a importantes cambios culturales y científicos, ha dado origen por otro lado a la corriente transpersonal en psicología y permiten en la actualidad la profundización de un diálogo entre el psicoanálisis y el misticismo.

La tesis que apunta al hecho de que el principal problema del hombre, y origen de todas sus desgracias, es su identificación con su propio “yo” o ego es, a mi juicio, *central al misticismo de todas las épocas y lugares*. Esta tesis queda claramente expresada en las palabras de Jiddu Krishnamurti, uno de los más importantes místicos contemporáneos:

“¿Es posible destruir esta estructura?(el “yo”). Este es el problema fundamental para toda la humanidad. Política, religiosa o económicamente no existe para el hombre otro problema que terminar con este pensamiento descomunal, hijo de sí mismo, ese sutil egoísmo que engendra divisiones y todo lo demás. La esencia de la religión es la terminación del “yo” totalmente, completamente”(Krishnamurti 1978).

En la misma dirección, pero vertidas hace dos mil quinientos años, están las palabras atribuidas a Gautama, el Buda:

“...El pensamiento de un “yo” es un error y todas las existencias están huecas como el árbol del plátano

y tan vacías como burbujas (Rahula 1959). (...) Cuanta confusión del pensamiento viene de nuestro interés en el “yo” y de nuestra vanidad cuando pensamos “yo soy tan grande” o “yo he realizado esta maravillosa acción”. El pensamiento de su ego se instala entre nuestra razón y la verdad. Disuélvalo y Ud. vera las cosas como son. Aquel que piensa claramente se liberará a sí mismo de la ignorancia y adquirirá sabiduría. Las ideas “yo soy” “yo seré” o “yo no seré” no se le ocurren a un pensador claro” (*The sayings of Buddha* 1957).

Otra persona presente en la historia reciente del misticismo, George I. Gurdjieff, desarrolló alrededor de 1920 una metodología de trabajo místico a la que llamó el “Cuarto Camino”, a la cual le preocupa “la personalidad” contraponiéndola a lo que denominó “la esencia” planteando que el hombre sería en su condición natural una “máquina loca”, que necesitaría despertar de un “sueño profundo”. En su trabajo habló de lo que él denominaba “el rasgo principal” de la personalidad e introdujo una figura geométrica, el eneagrama, que según decía, era de capital importancia (Ouspensky 1950). Posteriormente en la década de los años 1970 el místico boliviano O. Ichazo desarrolló junto al psiquiatra chileno Dr. C. Naranjo el eneagrama de las personalidades que contiene la idea de que sólo existirían nueve estructuras básicas de personalidad y que cada una de ellas estaría construida y “fijada” en torno a una determinada pasión y error cognitivo ocultando así a la “esencia”. Para Naranjo la fijación “... es una ilusión fundamental, una visión equivocada de la realidad, de la cual surgen todas las actitudes y comportamientos. (...) Llamamos fijaciones a los errores intelectuales básicos o ilusiones que son la causa y el corazón de nuestro carácter o estructura de personalidad. En este contexto hablamos de ensueño, de estar dormido, no sólo en términos de no estar consciente sino también de soñar algo, de estar manteniendo toda una perspectiva de cómo son las cosas según la visión que da la fijación (Naranjo 1994).

Es interesante que en la historia del psicoanálisis, después de la separación de Jung, Trignant Burrow, quien fuera presidente de la Asociación Psicoanalítica Norteamericana, trazó toda una línea de pensamiento e investigación a este respecto, que citaré extensamente por su claridad y pertinencia:

“El “Yo”-persona no es sino la sistematización de los afectos habituales transformados en una identidad artificial separada (...) La organización superficial encarnada en este “Yo”-persona ha asumido una dictadura autocrática sobre los procesos de todos nosotros, y el hombre social esta confuso. Ya que en ausencia de una comprensión de que lo que le ha pasado al hombre –en ausencia de una comprensión de la alteración neurodinámica que ha ocu-

rrido en el cerebro del hombre— todos los esfuerzos para combatir y controlar los pensamientos y acciones aberrantes del “Yo”-persona social son ahora emprendidos ciegamente sólo por esta misma identidad aberrante. La consecuencia es que en todos nuestros procesos sociales, hoy en día hay una confusión cada vez peor. La parte simbólica biológicamente estrecha del cerebro concomitante al “Yo”-persona no es competente para manejar el problema conductual profundo presentado por este cerebro divisivo en sí mismo. Él “Yo”- persona no puede remediar al “Yo”-persona; solo el cerebro básico total puede contener este profundo problema conductual de esta disociación divisiva. (...) Él “yo”-persona social, el self autopático, oblitera y obstruye la relación del organismo con su entorno. Esta personalidad autopática, esta constelación sistematizada de afectos con la cual nos hemos identificado inconscientemente, debe ser descartada; debe ser sacrificada como una fuerza ofensiva y desintegrante hacia la vida y el crecimiento del hombre...” (Burrow 1949).

Freud nunca aceptó este pensamiento y Burrow fue expulsado de la Asociación Psicoanalítica en 1927.

Existen varios puntos que alejan a la visión mística y al psicoanálisis en su comprensión de la mente. Una de estas áreas de distancia importante es el desacuerdo y escepticismo que tienen el psicoanálisis y la psicología en general acerca de lo saludable y factible de un cambio tan radical de la mente como aquel propuesto por los místicos al plantear éstos la necesidad de la total desidentificación con él “yo” como la única alternativa verdaderamente completa a la salud mental. Para los psicoanalistas el “yo” es una entidad absolutamente necesaria y su debilidad está asociada a las más graves patologías de la personalidad.

¿En qué consiste esta “eliminación del “yo” propuesta por los místicos? En el budismo se expresa en el concepto de Nirvana, que tanto en el idioma sánscrito como en Pali significan “dejar de soplar”, “extinguirse”. Dicho en las palabras de un estudioso budista actual, “la cesación de la continuidad y el llegar a ser eso es Nirvana” (Sole-Leris 1986) Esta formulación inmediatamente genera recelo y distancia en nuestra mente, distancia que en un primer acercamiento podríamos atribuir a nuestra cultura Occidental formada sobre otras bases, pero Buda nos saca de ese error al decir: “Esta idea, que yo puedo no ser, puedo no tener, es atemorizante para la persona mundana no instruida” (Rahula 1950). Naranjo contribuye a un mejor entendimiento del sentido de esta ausencia del ego al señalar: “Más que hablar de la esencia como una cosa, deberíamos pensar en ella como un proceso, una carencia de ego, una forma libre y sin oscurecer del funcionamiento de la totalidad humana integrada (Naranjo 1994) y propone utilizar el término

“carácter” en reemplazo del término ego para no confundirlo con los significados psicoanalíticos.

Así es como nos encontramos frente a una de las mayores diferencias aparentes de la concepción mística en general y el psicoanálisis, es decir, la propuesta de dejar de estar identificado con el ego (en terminología budista, o de Krishnamurti) o personalidad (en términos de Gurdjieff o de Ichazo) o el carácter (en términos de Naranjo) versus la propuesta de fortalecer el “yo” en términos psicoanalíticos. Sin embargo, al mirar esta diferencia con alguna distancia veremos que en lo fundamental ésta se desvanece y más bien queda puesta en el problema de traducir adecuadamente a que se refieren psicoanalistas y místicos con el término “yo”. Como lo plantea Engler: “Trascender el ego” lo cual es a menudo propuesto a los estudiantes como una meta en la práctica espiritual, no tiene sentido alguno para un terapeuta psicodinámicamente orientado para el cual “ego” es un término colectivo designando las funciones regulatorias e integrativas. Trascender el “ego” en este marco de referencia significaría entregar las facultades mismas que nos hacen humanos, la capacidad de pensar, planificar, recordar, anticipar, organizar, autorreflexionar, distinguir realidad de fantasía, ejercitar control voluntario sobre los impulsos y la conducta y amar.” (Engler 2003)

En este sentido el propio Freud fue un tanto ambiguo en el uso del término y como lo dice H. Hartmann padre de la psicología del “yo”: “En el análisis no siempre se hace una clara distinción entre los términos ego, self y personalidad” (Hartmann 1950). Actualmente en la acepción más aceptada, en realidad él “yo” o el “ego” de los místicos se corresponde más claramente con el vocablo “self” o sí mismo que en psicoanálisis tiene un sentido más vinculado a la propia experiencia que tiene el sujeto de sí mismo.

Para Hartmann éste (el self) “...debe ser entendido como una entidad, o más precisamente una imagen situada dentro del ego” (Ibid). En esta misma perspectiva el psiquiatra budista Mark Epstein dice: “No es el ego —en el sentido freudiano del término— el auténtico objetivo de la visión budista, sino más bien la imagen de uno mismo, el componente representacional del ego, la experiencia interna de nuestro propio “yo”” (Epstein 1993).

Engler va un poco más lejos al decir: “Es quizás mejor descrita como el “yo ideal” el núcleo narcisista de la representación como un agente” (Engler 1998).

Veamos ahora una definición de Krishnamurti: “¿Qué entendemos por el “yo?” Por ello entiendo la idea, el recuerdo, la conclusión, la experiencia, las diversas formas de intenciones nombrables o innombrables, el constante empeño por ser o no ser, la memoria

acumulada del inconsciente. Lo social, el grupo, lo individual, el clan y la totalidad de tales cosas incluyendo la rivalidad y el deseo de ser (...)” (Krishnamurti 1978). Entonces el objetivo del misticismo está dirigido a lidiar con una imagen de nosotros mismos, *una representación y no una estructura real*. Como dice el Dalai Lama: “... la ausencia de identidad del ego no supone en modo alguno que algo que existía previamente deje de existir. El tipo de “ego” al que nos referimos es algo que verdaderamente jamás ha existido. Lo único que necesitamos entonces, es identificar cómo no existente algo que, de hecho, nunca ha existido”. (Citado por Epstein 1993.)

¿De dónde surge esa representación de nosotros mismos? Tanto para místicos como para analistas estas imágenes están basadas en el pasado. Para el psicoanálisis actual el self se formaría en los primeros estadios del desarrollo infantil, fundamentalmente en la relación con la madre, generándose a partir de experiencias vividas como amorosas o agresivas, que van conformando el núcleo de nuestra identidad y van a condicionar (en conjunto con nuestra biología) la manera de sentir e interpretar las futuras experiencias del desarrollo y de la vida, constituyendo paulatinamente nuestro “modo de ser”. Uno podría preguntarse: ¿Es necesario y saludable que estemos siempre interpretando la realidad desde una óptica basada en nuestro pasado personal infantil?

En el budismo nos vamos a encontrar que (dicho simplificado) en relación con los “tres venenos”: *Inconsciencia, Aversión y Avidez* (representados en la imagenología budista como un gallo, un cerdo y una serpiente) y a través de la cadena del origen codependiente van a surgir las llamadas “formas mentales” o Kleshas que van a ir distorsionando la percepción de la realidad y generando acción incompleta o Karma que a su vez generará más Kleshas. Es notable la cercanía de “los tres venenos” con algunos de los procesos descritos por Freud y Melanie Klein en el desarrollo del bebé.

Veámoslo en la mirada de Krishnamurti: “*Este proceso egocéntrico es resultado del tiempo, ¿verdad? Mientras exista este centro de actividad en cualquier dirección, consciente e inconsciente, existe el movimiento del tiempo y yo soy consciente del pasado y del presente en conjunción con el futuro. La actividad egocéntrica del yo es un proceso del tiempo. Es la memoria que da continuidad a la actividad del centro, que es él “yo”. Si os observáis y os dais cuenta de este centro de actividad, veréis que él es sólo el proceso del tiempo, de la memoria de “vivenciar” e interpretar toda experiencia de acuerdo con una memoria (...). La memoria de cosas técnicas es esencial, pero la memoria psicológica que mantiene él “yo” y lo “mío”, que*

da identificación y autocontinuación, es totalmente perjudicial para la vida y la realidad (Krishnamurti 1950).

Por otra parte, una de las armas más potentes del tratamiento psicoanalítico, la interpretación de la transferencia, se trata justamente de la comprensión, de cómo la emergencia del pasado, en la forma de viejos moldes de relación con figuras del pasado infantil, en la situación presente, nos distorsiona el contacto con el otro en su verdadera dimensión: “... en este sentido, la transferencia puede considerarse una *ilusión específica* respecto de la otra persona, de la que el individuo no se percata y que representa en algunos de sus rasgos, una repetición de la relación que mantuvo con una figura importante de su pasado. (...) En todas las relaciones hay, en diverso grado, elementos transferenciales...” (Sandler 1973). El *insigth* en este caso es el tomar conciencia de una ilusión y despejarla. Mirado desde otra perspectiva, esta emergencia del pasado impediría el normal funcionamiento de las llamadas funciones del aparato mental que nos permiten discriminar y percibir adecuadamente lo que ocurre externa e internamente y la conexión entre ambos niveles, generando así la distorsión propia de lo que vamos a llamar patología mental.

Otra manera que cuestiona nuestra forma habitual de entender al self es verlo como un centro narrativo, lo que ha sido planteado dentro del psicoanálisis por Shaefer “... quien ha entendido este fenómeno como un set de selfs narrativos o líneas de historias que desarrollamos para tener un concepto emocionalmente coherente de nuestras vidas” (Gabbard 1994). En esta perspectiva vamos a ver el lenguaje como eje principal del desarrollo y permanencia del self. En esta misma línea, el Dr. en filosofía Rafael Echeverría, desarrolla lo que él llama ontología del lenguaje, basándose en tres postulados básicos:

(1) Los seres humanos son seres lingüísticos, (2) el lenguaje es generativo y (3) los seres humanos se crean a sí mismos en el lenguaje y a través de él. Es decir, desde el lenguaje el ser humano obtiene la posibilidad del conferir sentido; “no hay un lugar fuera del lenguaje, desde el cual podamos observar nuestra existencia”, los seres humanos habitan en el lenguaje, la realidad es expresada en el lenguaje (concepción clásica) y además es creada y modificada por el lenguaje, de una realidad externa independiente del lenguaje no podemos hablar. El ser humano en su identidad es creado por el lenguaje “... la identidad personal, la nuestra y la de los demás, es un fenómeno estrictamente lingüístico, una construcción lingüística (...) el ser humano no es una forma de ser determinada ni permanente. Es un espacio de posibilidad hacia su propia creación. Y aquello

que lo posibilita es precisamente la capacidad generativa del lenguaje. Nadie es de una forma de ser determinada dada e inmutable que no permita infinitas modificaciones. (...) Nuestro ser es un campo abierto al diseño" (Echeverría 1995).

Algunos terapeutas han comenzado a trabajar con esta perspectiva. "Muchos científicos sociales empezaron a explorar las consecuencias de definir al self como narrador, como resultado del proceso humano de producción de significado por medio de la acción del lenguaje (...) El self en la perspectiva postmoderna puede considerarse una expresión de esta capacidad para el lenguaje y la narración (...) Esto hace que la naturaleza del self y la de nuestras subjetividades se conviertan en fenómenos intersubjetivos; el producto de narrarnos historias los unos a los otros y a nosotros mismos acerca de nosotros, y las que otros nos narran a nosotros y sobre nosotros. (...) Desde esta perspectiva el desafío terapéutico "consiste en ayudar a los pacientes a recontar las historias de su vida, de manera que les permita una comprensión de sus orígenes y del significado de sus actuales dificultades tal que el cambio se torne narrativamente concebible, alcanzable y creíble" (Gooloshian 1994).

Por último, el aporte de la investigación reciente en ciencias cognitivas y neurociencias refuerza este cuestionamiento acerca del self.

¿Que son las ciencias cognitivas? "...se trata de un conjunto de disciplinas, más que de una disciplina aparte. La inteligencia artificial ocupa un polo importante, y el modelo informático de la mente es un aspecto dominante en todo el campo. En general se considera que las demás disciplinas son la lingüística, la neurociencia, la psicología, a veces la antropología y la filosofía de la mente" (Varela 1992).

En la cibernética el problema del homúnculo dentro del cerebro ha sido en cierta manera una espina desde los comienzos de su desarrollo, pero partamos con una cita del filósofo David Hume (citado por Dennet): "Por mi parte, cuando penetro íntimamente en lo que denomino yo mismo, siempre tropiezo con una u otra percepción particular, de calor, o de frío, de luz o de sombra, de amor o de odio, de dolor o de placer. Nunca me sorprende a mí mismo en un momento dado sin una percepción, y nunca puedo observar nada excepto la percepción...".

Desde las neurociencias, Daniel Dennet dice: "Uno entra en el cerebro por el ojo, avanza por el nervio óptico, rodea la corteza, mira detrás de cada neurona y de pronto sale a la luz del día en la espiga de un impulso nervioso motriz, rascándose la cabeza y preguntándose dónde está el yo"(Dennett 1989).

Sacks en su explicación de la teoría de Gerald Edelman (Premio Nobel de Medicina y Fisiología), acerca de la selección del grupo neuronal, dice: "Cada percepción es un acto de creación, así nuestros órganos sensoriales, a medida que nos movemos, toman muestras del mundo creando mapas en el cerebro, entonces ocurre algo como la "supervivencia de los más aptos". Neuro-lógicamente hablando, un fortalecimiento selectivo de aquellos mapeos que corresponden a percepciones "exitosas"; "exitosas" en la medida que prueben ser más útiles en la construcción de la realidad (...) bajo esta perspectiva no hay un "área maestra"; "huella final común" en la que todas las percepciones converjan hacia un solo lugar. No hay un lugar en el cerebro donde se sintetiza una imagen final, ni tampoco una persona en miniatura u homúnculo para verla" (Sacks 1997). Con otras palabras, el autor del "Error de Descartes", Antonio Damasio plantea: "El estado del self es construido desde la base, en cada momento. Es un estado referencia evanescente, tan consistente y continuamente reconstruido, que el interesado siempre ignora que está siendo refabricado" (Damasio 1994). Francisco Varela, considerando evidencias neurofisiológicas que muestran que la percepción de la realidad es discontinua en el tiempo, es decir que "... la vida cognitiva no es un flujo continuo, sino que está puntuada por esquemas conductuales que aparecen y desaparecen en unidades de tiempo" y basándose a la vez al modo de funcionamiento del cerebro en conjuntos neuronales que se coordinarían transitoriamente, da origen al concepto de "yo virtual". Es decir "... un esquema global coherente que emerge a través de componentes locales sencillos, que pareciera tener una ubicación central ahí donde no existe ninguna, y que sin embargo es esencial como nivel de interacción para la conducta de toda la unidad" (Varela 1996). Dicho de otra forma "...un momento singular de conciencia y la coherencia causal de los momentos de conciencia en el tiempo se pueden formular en el lenguaje de la emergencia sin postular un yo ni otra entidad ontológica" (Varela 1992).

A modo de conclusión: He expuesto distintas perspectivas que avalan la posibilidad de un diálogo entre el psicoanálisis, que ha tenido una de las experiencias y pragmáticas psicológicas más fecundas e importantes en nuestra cultura y el misticismo, el cual ha estado históricamente rodeado por el misterio y la desconfianza para el pensamiento científico y particularmente para el psicoanálisis. He también postulado que el meollo del misticismo está en la desidentificación con el sí mismo y que esta desidentificación en realidad es desde la mirada de los místicos, dejar una ilusión, una imagen de nosotros mismos, basada en nuestro particular pa-

sado personal, en el tiempo y la memoria y, por ende, distorsionada e inadecuada al momento presente. Postulando además que la mayor distancia de estas miradas al problema humano surge desde un léxico distinto y que ambas pueden aumentar su comprensión de la mente y fecundarse mutuamente al intentar un diálogo conceptual. El poder pensar acerca de estos conceptos puede significar un desafío tan grande para el psicoanálisis como el que significó aceptar el inconsciente para los contemporáneos de Freud.

REFERENCIAS

1. Burrow T. (1950) Prescripción for Peace. En: <http://www.lifwynnfoundation.org/index.html>
2. Damasio A. (1994) *El Error de Descartes*. Ed. Andrés Bello, Stgo. Chile
3. Dennett D. (1989) The Origins of Selves Cogito. Autumn 3; 163-173
4. Echeverría R. (1994) *Ontología del Lenguaje*. Dolmen Eds., Stgo. Chile
5. Engler J. (1998) Buddhist Psychology. In: *The couch and the tree: dialogues in psychoanalysis and buddhism*. Molino A. Nort Point Press
6. Engler J. (2003) Being Somebody and Being Nobody: A Reexamination of the Understanding of Self. In: *Psychoanalysis and Buddhism in Psychoanalysis and Buddhism: an unfolding Dialogue*. Edited by Jeremy Safran Wisdom Publications Boston
7. Epstein M. (1993). Cita en "Las variedades de Ausencia de identidad del ego". *Trascender el Ego* Kairos Barcelona
8. Freud S. (1927) *El Porvenir de una Ilusión*. Tomo XXI, Obras completas. Amorrortu
9. Gabbard GO. (1994) *Psychodynamic Psychiatry*. American Psychiatric Press
10. Gooloshian H. (1994) Narrativa y self. Algunos dilemas postmodernos de la psicoterapia. En: Schinitman DF. *Nuevos Paradigmas cultura y subjetividad*. Ed. Paidós
11. Gordon W. Alport (1979) *La Estructura del Ego*. Ed. Siglo XX
12. Hartmann (1950) Citado en *Conceiving the Self*. Barbara J. Socor. International Universities Press, 1997
13. Krishnamurti J. (1950) *La Libertad Primera y Última*. Sudamericana, Bs. Aires
14. Krishnamurti J. (1978) Plática en Saanen. Boletín Fundación K. Hispanoamericana
15. Naranjo C. (1994) Las Raíces del Eneagrama. En: *¿Quién soy Yo?* Kairos, Barcelona
16. Ouspensky PD. (1950) *Fragmentos de Una Enseñanza Desconocida*. Hachette, Bs. Aires
17. Pichot P. (1983) *Un Siglo de Psiquiatría*. Eds. Roger de Acosta, París
18. Rahula W. (1959). *What the Buddha Taught*. Gordon Fraser England
19. Rizzuto AM. (1993) Reflexiones acerca de la Experiencia Mística. Congreso I. Sobre Literatura Mística Comparada. (España)
20. Sacks F. (1997) Sobre el darwinismo neural. En: *La inteligencia de la naturaleza*. Ed. Universitaria, Stgo. Chile
21. Safran J. (2003) *Psychoanalysis and Buddhism: an unfolding dialogue*. Wisdom Publications Boston
22. Sandler J. (1973) *El Paciente y el Analista*. Ed. Paidós, Bs. Aires
23. Socor B. (1997) *Conceiving The Self Presence y Absence in Psychoanalytic Theory*. Intemational University Press
24. Sole-Leris A. (1986) *La Meditación Budista*. Martínez Roca, Barcelona
25. *The sayings of Buddha* (1957) Peter Panper Press, New York
26. Varela F, Thompson E, Rosch E. (1992) *De cuerpo presente. Las ciencias cognitivas y la experiencia humana*. Edit. EDISA, Barcelona
27. Varela F. (1996) *Ética y acción*. Ed. Dolmen, Stgo. Chile

CONFERENCIA

NEUROSIS Y PERVERSIÓN: ¿POLARIDADES NECESARIAS?

(Rev GPU 2008; 4; 1: 99-104)

Jaime Coloma¹

Soy consciente que quienes me leen no son en su mayoría psicoanalistas. Esto implica que, para algunos, mi modo de abordar el tema les sea poco familiar o criticable, quizás confuso. También tengo claro que mi manera de concebir el psicoanálisis no es compartida necesariamente por mis colegas psicoanalistas. Creo, sin embargo, que es, precisamente, en el registro de lo diferencial donde se logra la sexualidad. La sexualidad como exposición de lo vivo. Si lo pensamos, la mismidad es sinónimo de muerte. "Polvo eres y en polvo te convertirás". Considero entonces que en los desacuerdos anida la sexualidad y, por ende, la vitalidad. Manifiesto, por estas razones, mi acuerdo con los desacuerdos.

Cuando se habla de sexualidad se tiende a ubicar el tema en relación con un deber ser. Un deber ser sano, un deber ser moral. De hecho, se producen deslizamientos inadvertidos hacia la idea de perversión, como si tratar la sexualidad lindara de alguna manera no explícita con algo perverso. Algún deber ser siempre ronda la sexualidad. Y esto conlleva que quienes nos ubicamos en el lugar de quien puede hacer aseveraciones sobre el tópico, lo hagamos como si estuviéramos encargándonos de la sexualidad de los otros. ¿Es posible que haya algo en este asunto que *determine* que cuando hablamos de sexualidad tendamos a hacerlo disponiendo como debe ser la vida sexual de los demás? ¿Por qué nos interesará tanto decidir cómo se es sexualmente sano o se es sexualmente ético?

Es que se tiende a enfocar la materia como si se tratare de algo objetivo, algo independiente de la posición

del sujeto que lo está abordando. Pienso, en cambio, que no es posible la objetividad en esto de la sexualidad. Es precisamente en la sexualidad donde se configura lo subjetivo, aquello del sujeto, que precisaremos unas líneas más adelante. El sujeto brota precisamente porque lo sexual se da como la distancia entre quienes buscan compartir con vehemencia un gozo. Marca esa zona de diferencia en que un encuentro sólo se hace posible por el vacío que aparece entre los que ansían encontrarse en la búsqueda de ese intenso placer. Un sujeto, en tanto sexual, no sabe del gozo del otro, al experimentarlo como un profundo enigma. Un sujeto emerge en la total soledad de un gozo que lo trasciende. Podría afirmarse que es esa distancia acercada a un máximo imposible, la que se da como un lenguaje, el lenguaje que siempre incomunica cuando ejerce su función de comunicar, de la misma forma como se da el

¹ Psicoanalista. Pontificia Universidad Católica de Chile.

acto sexual. Hablar, por tanto, de lo sexual, me implica como sujeto sexual. No hay sexualidad objetiva.

Sin duda las distancias ya han jugado su rol mucho antes de cualquier cópula. Sin duda el habla también ha emergido previamente a la experiencia de ese intenso vacío del orgasmo. No obstante tales consideraciones evolutivas corresponden a los registros yoicos en los que se ordena la vida en una secuencia temporal que distingue el antes del después. Pero puede afirmarse que hay, detrás de las disposiciones temporales, un mundo tempóreo diverso, sincrónico, en el que todo hecho se consume y se diferencia a partir de una retro-significación. Estoy suponiendo que es en el encuentro o desencuentro sexual donde se juega retrospectivamente, el sentido del lenguaje, en la medida que ambos, lenguaje y cópula, buscan una comunicación que siempre se desploma.

Previo a la experiencia sexual el habla daría a su emisor una impresión de omnipotencia comunicativa. Un hablar con la objetividad. Es en la distancia ínsita a todo acercamiento sexual donde se da lo subjetivo, como separación inevitable. El sujeto está siempre alejado en algo otro. Precisamente enajenado de sí mismo en un lenguaje que corta la comunicación en el mismo acto en que se la busca. El hablar se articula a partir de *re-presentar* la cosa del mundo. La representación es ese corte y esa distancia. El gozo de la pareja no puede presentarse sino sólo representarse. En este sentido estoy hablando de lo sexual como lenguaje en la subjetividad. Y de esta manera concibo a la objetividad como un pensamiento que se construye como no sexual, en tanto su sentido se inscribe como una búsqueda de comunicación completa y de conocimiento definitorio. La omnipotencia del conocimiento objetivo se da en que nunca desfallece en la convicción de la calidad de sus logros. Cuando falla sólo habría que corregir el método. No se asume la falla como articulante de la existencia. La objetividad es, entonces, asexuada.

La sexualidad compromete al Hombre de un modo más potente que lo que se está dispuesto a reconocer. Ya lo dijo Freud. De hecho, cuando éste planteó sus teorías, lo que escandalizó a su entorno cultural fue que se planteara sobre el sexo en los niños. Se atentaba contra su inocencia. ¿Qué es lo que al adulto complica en su propia sexualidad que lo liga a la falta de inocencia? El diccionario de Corominas ubica el término “inocencia” en el grupo de lo “nocivo”, siendo el inocente aquel “que no perjudica”, vale decir, que no es nocivo. ¿A quien o a qué se perjudica con la sexualidad que, pese a todas las declaraciones intelectuales o no intelectuales que puedan hacerse, siempre atrae el juicio ético, bajo la forma de la moral, tanto como bajo la forma de lo profesional

o del diagnóstico? Muy frecuentemente un diagnóstico en este rubro delata entre líneas una manifestación de alguna ética incluída de manera subrepticia. ¿Por qué la sexualidad de un niño o una niña, debe ser desconocida, no debe ser pensada, como si se atentara contra su inocencia? Un muchachito de 7 años, hace ya mucho tiempo, en mi consulta, me decía: “Estoy pololeando”, y se apresuraba a aclarar: “pero sin besos”.

En todo caso declaro que no me interesa conscientemente hablar de la sexualidad desde alguna posición determinante de lo que deba ser la vida sexual de los demás. Quiero hablar como un ser humano que, en tanto tal, está básicamente sexuado desde sus primeros accesos a la condición humana y quien, por lo tanto al hablar de la sexualidad, está hablando de algo que lo compromete como sujeto. Todo esto es algo que deseo. No obstante el diablo siempre mete la cola. Difícilmente podemos librarnos, limpiarnos del afán de pontificar con la objetividad.

La distinción entre sujeto y yo que especifica la escuela psicoanalítica lacaniana, me parece crucial en lo que se refiere a tratar cuestiones humanas. Permite distinguir entre responsabilidad y culpa. Creo que la culpa es algo atingente al Yo. La responsabilidad, en vez, compromete al Sujeto. Es por esto que vale la pena pensar en su distinción.

Diría que hablamos con el Yo, pero desde el Sujeto. Esto envuelve una diversidad entre lo que hacemos y lo que somos. Sin duda somos en el hacer, lo que está posibilitado por el hablar. Pero el hacer se configura dentro de un imaginario yoico, que logra a través de sus imágenes, una orientación espacio temporal del mundo que permite operar con el entorno, en las demandas de la vida cotidiana. El Yo es un imaginario, en tanto se ilusiona como centro de su propia conducta, como gestor independiente y autónomo de sus acciones. La existencia se deposita, cae en lo imaginario yoico, inevitablemente. Recordemos a Parra cuando habla del Hombre imaginario. “Un hombre imaginario mira por una ventana imaginaria un árbol imaginario”. Pienso que ése, el imaginario, es el lugar del Dasein Caído, del que habla Heidegger. Es un campo de centralizaciones virtuales, donde el Yo comanda ilusoriamente su comportamiento, donde el habla se hace necesariamente habladoría, vale decir un habla con ideas que se gastan en la inevitable y necesaria popularización.

El Yo es un concepto más cercano a la idea de sistema, no resulta consistente pensarlo como estructura. Está en una estructura, pero no es estructura. El sistema es centrado, la estructura está descentrada por un discurso que le es externo. Es en la noción de sujeto donde se puede pensar en la estructura. El Sujeto muestra lo

radical. El Yo lo derivado. El sujeto *se instala* en la existencia. El Yo *se construye* por apremio de la vida, parafraseando a Freud. El concepto de Sujeto alude, entonces, a un descentramiento radical.

El Sujeto se da en un registro simbólico, no en uno imaginario, propio del Yo. Lo simbólico, que se comprende como discurso, da la posición de un sujeto, aquella que no está controlada por su yo, sino que se estructura por un lenguaje que lo trasciende, que lo posiciona. El sujeto, entendido de esta manera, encuentra su estructura fuera de sí. La encuentra en ese discurso que articula lo simbólico. "La morada del ser es el lenguaje", dice Heidegger.

Jorge Eduardo Rivera traduce el fragmento 50 de Heráclito de la siguiente forma: "No a mí, sino al logos escuchando". Y comenta Rivera, después de acuciosas reflexiones sobre lo que implica escuchar: "Se trata de ir en contra de sí mismo"... "en contra del ego". Si entendemos al Yo como el que separa, el que clasifica, el que distingue los conceptos y los objetos, lo entenderemos como el ordenador de lo múltiple que pareciera paradójicamente aparecer desde su instancia. ¿Se podrá afirmar que el Yo y lo Múltiple se dan como cooriginarios? Rivera se cuestiona: "¿Y si logos fuera... lo reunidor de todos los entes o, si se quiere, el acto que los reúne y los 'recoge' para que no estén dispersos o perdidos, es decir, separados los unos de los otros?". "Algo unitario dentro de lo múltiple". "Pero el logos, acota Rivera, es más bien un enorme silencio".

Para los efectos de lo que estoy argumentando, afirmaré que la apertura del sujeto se da desde una posición volcada a ese enorme silencio. Ese lugar que calla en el fondo más hundido de sí mismo. Ese lugar en el que se impone saber que no se sabrá. Eso que se experimenta melancólicamente en el momento cúlmine del coito, cuando se derrumba el orgasmo. El silencio triste de que hablaban los romanos. Ese logos sigiloso que habla por nosotros, descentrados radicalmente y centrados caídamente en un Yo que necesitamos para sobrevivir. La existencia es más que ese sobrevivir. Es *en* el mundo de modo, a la vez, radical y caída. El sujeto es quien se articula desde ese silencio que mencionamos, por obra de un lenguaje que viene desde el exterior a significar las marcas que va dejando ese silencio, en una cadena retrosignificativa interminable. El sujeto siempre descentrado en ese Otro foráneo que permite un registro simbólico por la presencia respectivante de otro ente. El significado objetivo es cosa del Yo, no del sujeto.

Si asumimos el modo como pensamos la perversión, como hablamos de la perversión, lo que decimos de la sexualidad, ¿Nos es propio? ¿Por qué ocurre que la

culpa esté tan ligada al ejercicio de la sexualidad, aun cuando ésta se ejerza exclusivamente en el cuerpo de uno? ¿Por qué muchos sienten culpa cuando, en el ejercicio de sus derechos básicos, deciden compartir con otro el gozo de sus propios cuerpos? ¿Por qué puede darse el remordimiento cuando la sexualidad se ejerce sin abuso de nadie, sin engaño? ¿Dónde está legitimado el juez que condena el acto por el acto mismo? ¿De dónde proviene su poder?

¿No es algo que proviene, entonces, de un Gran Otro inconsciente, enredado en la historia, en las tradiciones, en los idiomas, en la geografía, en las costumbres, en los climas, articulado simbólicamente en un discurso que nos funda y que nos abre a lo humano? Algo que proviene de ese logos silencioso, sombra detrás de todas las apariencias, que está oculto y vislumbrado en los deslindes de cada articulación, pero que tiende a caer en la habladería de la norma, de la determinación llamada moral que controla las costumbres, cuyo dominio siempre encuentra hombres que se encarnan como jueces que dictan como se debe ser.

Reconocer, entonces, que el lenguaje es un Gran Otro es reconocer que, cuando hablamos, es el Yo solamente el que se experimenta como gestor de su habla. Que en realidad, cuando hablamos es el entorno cultural el que habla por nosotros. El Gran Otro sería así una de las formas que toma lo inconsciente. Yo no podría haber dicho lo que estoy diciendo sin el Gran Otro que se configura en mí desde Freud, desde la historia, desde la segunda guerra mundial, no podría decir lo que estoy diciendo sin Copérnico, sin Darwin, sin mi infancia pueblerina, sin Platón, sin Heidegger, los conozca o no, los entienda o no. Pero tampoco podría decirlo sin los cuentos escuchados a Mercedes Rojas en la cocina de mi casa en los años cuarenta, sin el peso del colonialismo en nuestro Continente, sin la existencia de mis hermanos, sin las oraciones de mi madre, sin el estilo que articula nuestra lengua escrita, sin la altura de mi padre, sin la distancia entre lo declarado y lo actuado, tan habitual en nuestra civilización. No podría acoger o rebelarme a ideas que estuvieren fuera del discurso que me da existencia. Es ese discurso el que me permite estar de acuerdo o rebelarme. Soy en el discurso, soy en esa articulación simbólica. Allí habito y es en el modo de habitar donde surge la ética. No en una declaración extraexistencial, normativa. Mi responsabilidad, mi culpa, se justifica en el modo de mi habitar, no en el sometimiento a una regla. La perversión no se corresponde con un juicio moral. Mi modo de habitar sirve tanto a las apariencias como a la manera como ocupo mi lugar en el mundo. Si en mi mundo hay perversión ésta algo tiene que ver existencialmente conmigo.

No pretendo hacer integraciones filosófico-psicoanalíticas. Sólo pienso que entre estas afirmaciones filosóficas y el concepto de sujeto, al modo como lo estoy usando, surge algo sugerente para abrirse a otra dimensión que la del Yo, dado que es el Yo el que, asumiéndose como centro de su propia conducta, ejerce, desde ese núcleo, un juicio moral que determina cómo las cosas se hacen co-rectas si se retrorrefieren a ese centro.

Es en lo objetivo, logrado por el Yo, donde puede aparecer la culpa, porque es en lo objetivo donde yo puedo reparar el daño hecho. Pero es en lo objetivante del Yo donde puedo creerme en condiciones de juzgar moralmente. Cuando soy juez de un acto observable, me presumo inocente. No comparto nada con el hechor. Soy juez. Así sólo se puede ser culpable en lo objetivo, lo que no incluye sentirse responsable como sujeto, porque la culpa está en algo preciso y observable. En la culpa puedo decir "Yo no lo hice" y si lo compruebo vuelvo a la inocencia. Pero, en tanto alguien se asume como sujeto, que es ser sujeto de la cultura que lo ampara, se hará *responsable* del devenir de su entorno. Yo no soy culpable de los horrores de la dictadura pasada, pero sí soy responsable del modo cómo se va dando la historia del lugar en donde habito. Podemos decir que hay culpables del calentamiento global, mientras nos enajenamos con la economía global.

A esto me refiero cuando apunto que quiero hablar de sexualidad, haciéndome cargo de ser sujeto de la sexualidad. Ésta me compromete existencialmente y lo que diga sobre ella me incluye en mis propios dichos.

La hipótesis general que recorre este escrito implica considerar que la polarización entre neurosis y perversión tiende a separar por criterios diagnósticos lo que, ocultamente, representa sanciones morales derivadas de ejercicios de poder, que son respuesta a angustias muy básicas. A través de estipular lo perverso, de objetivarlo, me desligo de la perversión y de la sexualidad que implícitamente le atribuyo, la catalogo como opción meramente conductual y me purifico como juez de otros, como juez de la corrección de la conducta, determinando hasta donde se debe actuar sexualmente. Así, no hay nada sobre lo perverso que me arriesgue, dado que es lo observable del comportamiento lo que me da mi legitimidad de juez. Cuando se da un juez, como lo acabo de postular, siempre se da la inocencia en lo propio y la culpa en el otro. El juez, en la tarea clínica, aparece como agente moral en la medida que se atribuye una capacidad diagnóstica definitoria de los propósitos terapéuticos. El diagnóstico como aquello que orienta es distinto del diagnóstico como aquello que determina. Sin duda existe la perversión

en el campo de lo psicopatológico y en aquello que se define como delictual. Pero el problema, en el delito, es el abuso, no la perversión misma, y en la psicopatología el problema reside en el modo de protegerse de la angustia, no en la forma de la sexualidad que ésta implica. También existen las disfunciones sexuales. Pero en ellas debo hacerme cargo de la demanda del paciente, tanto como de la implicancia en el modo de vivir su sexualidad, posibilitando los recursos que busquen resolver tanto la demanda explícita, como el porqué de tal disfunción. El diagnóstico aquí se ejerce como juicio moral, tanto si se juzga que lo que importa es sólo movilizar la disfunción, como si se pretende considerar el motivo de consulta referido a lo que representa simbólicamente la disfunción.

Sexualidad y perversión tienden a mezclarse imaginariamente de alguna manera. Esto debería abrirnos a la pregunta sobre lo que representa la sexualidad en nuestra condición humana. ¿Qué tiene en su condición más profunda, que nos inclina a optar por normarla antes que asumirla?

Lo perverso, a mi entender, no es tal por la sexualidad de su acto sino se da como perverso, según el criterio que sustento, cuando lo sexual es atraído por la pulsión de muerte. Por la mismidad a que conduce la muerte.

El concepto de pulsión es eminentemente psicoanalítico y, sin duda, especulativo. Sobre todo el concepto de pulsión de muerte. No está consagrado por la comprobación o la evidencia. No es un observable apto para ser juzgado según la limpieza de lo objetivo. No agrada a mentes que se otorgan la superioridad del correcto conocer. Aquellos que, negando la índole de lo que se ha cursado históricamente con el modernismo, abogan por el progreso constante de un conocimiento que no se autocuestiona como fracasando en lo humano, mientras triunfa progresivamente en el manejo y en la operabilidad de lo calculable. La especulación transita, en cambio, por los caminos de lo impreciso, de lo tentativo, de lo incierto, camino que, quizás, se hace más cargo de lo enigmático, como eje que atraviesa nuestra existencia. Algo que no es posible hacer cuando se logra el acuerdo de la prueba empírica. Cuando la prueba empírica valida o invalida una afirmación, se detiene el pensar. La pulsión es, en cambio, un concepto que se toma o se deja, no se comprueba. Por ver hasta dónde llega, diría Freud. La pulsión, que no es el instinto, es concebida actualmente por algunos analistas, como un empuje del sujeto hacia algo que el otro demanda, pero que es vivido como si naciera de sí mismo.

Vale decir, el concepto de pulsión nos permite pensar en aquello que nos mueve ciega, mudamente, hacia

algo que se representa como una meta, aunque tal representación sólo disfraza la ceguera del empuje. Es un empuje individual, no de la especie, como el instinto, un empuje que responde a la demanda de lo otro, no a la propia demanda. Cuando Heidegger afirma que la única diacronía tempórea está en la muerte, nos permite pensar como psicoanalistas en esto de la pulsión de muerte. Podría decir que estamos volcados pulsionalmente hacia la muerte. Demandados por ella. Es un horizonte que nos atrae, siendo esta atracción el motor de lo que nos apega reactivamente a la vida, entendida como un rodeo, un apremio, como una postergación de aquello que se define como último y primordial sentido. Lo que intento decir, con estas aclaraciones, es que en el tema de la perversión la energía de lo sexual, como vitalidad, sería alterada por una vehemencia insistente de esta supuesta pulsión de muerte. La muerte sería el Gran Otro de la sexualidad. El silencio no articulado. Su vacío. Su vértigo.

Pienso que el perverso es llevado a su condición por profundas angustias de muerte (como toda angustia) que se remontan a carencias básicas en su origen. Presumiré, en todo origen, la presencia casi pura de esta pulsión de muerte, entendida como la demanda de esa inmediatez con la muerte. Esta demanda sólo se mediatiza cuando hay un ambiente que contiene y que favorece progresivamente el despliegue de una estructura que posiciona al Sujeto y de un Yo que evoluciona y se transforma, según las posibilidades de tal ambiente. El logro de una estructura y de un sistema yoico implica la vivencia de los límites que provienen del discurso que nos saca de la continuidad en el comienzo.

Todo lenguaje discontinúa la continuidad originaria. Hace cortes, determina principios de identidad para poder hablar y poder actuar. El principio de identidad dice: "Lo que es, es y lo que no es, no es". Es una prohibición al pensar como se me antoje. Se discontinúa la omnipotencia, articulándola y se la estructura. Freud, antes de perfilar el campo del psicoanálisis, en 1895, afirmó en su "Proyecto de una psicología para neurólogos" que "la arquitectura del sistema nervioso serviría al apartamiento y su función a la descarga". Esta arquitectura se da a través de los ordenamientos de la forma. Por alguna razón, que probablemente tendría que ver con fracasos ambientales, el perverso no se somete a tales dependencias y cortes. Atraído por el gozo orgásmico de la muerte, busca omnipotentemente convertirlo en placer reiterado de la vida. Queda, por esto, en los lindes entre la atracción de la muerte y la presencia de la vida. Lo más propio de la perversión es, al decir de Chasseguet-Smirguel, el gozo en la mezcla de todo,

de las generaciones, de los sexos, de los orificios del cuerpo. Las mezclas, tan lejos de los ideales cartesianos de mantenerse en ideas claras y distintas. El gozo en el pensar todo mezclado, como diría Guillén, implica la mezcla de la continuidad de la muerte con el placer de la diferenciación de la vida. "Uno mandando y otro mandado, todo mezclado", dicen los versos.

Las diferencias, según lo planteado, hablan entonces de sexualidad. La búsqueda de las mezclas señalan a la perversión. El riesgo de afirmar esto reside en considerar que un pensamiento que se asiente sobre la clasificación y la jerarquización de las ideas sea necesariamente, por su interés en distinguir, lo opuesto a lo perverso.

Me interesa revisar, precisamente por lo que estoy diciendo, qué ocurre con la homosexualidad. La homosexualidad implica descriptivamente una idealización de la cópula con el mismo sexo. Esto, superficialmente, habría que entenderlo como un rechazo a las diferencias sexuales. Una consecuencia sería que quien rechaza la homosexualidad valoraría la diferencia sexual como lugar de la fecundidad. Se legitimaría así el repudio de lo homosexual, relacionándolo con lo perverso. En todo esto pienso, sin embargo, que hay algo no tan válido.

Hablar sobre sexualidad de algún modo tiende a ejercerse como un gesto de poder. Estoy pensando, entre otras cosas, en el gesto de autoridad moral, técnica, profesional o teórica de quién se siente impelido a hablar de sexualidad. Lo que yo mismo hago en este momento. Como si se pudiere hablar desde fuera de la sexualidad, como si no se fuere siempre sujeto de la sexualidad, en la cual el supuesto amor comunicativo y formativo de un conferencista disimula la superioridad del acto y el gesto de autoridad implícito. En este sentido postulo que hablar sobre la sexualidad es una forma de comportamiento sexual.

Esto es algo que, tiendo a entender como proveniente de la sexualidad masculina, que, según postulo, es la fuente de la mismidad sexual. Por ejemplo, todos los criterios sobre castración y falo como determinantes en psicoanálisis de lo propiamente humano, me hace pensar que proviene de un imaginario masculino con un sexo rector, como referente básico al que se le atribuye el ser la medida de todas las cosas. Pero esto, me parece, trasciende el psicoanálisis. Está en la guerra, en la política, en la llamada conquista sexual, en todo ejercicio del poder que promueve el igualamiento del otro a la norma propia.

El hombre, con su genital expuesto, eréctil, aseñado por la necesidad de evidenciar su potencia en actos penetrativos, de conquista, demuestra en su heterosexualidad, su virilidad, su fuerza, el asentamiento

seguro de lo que lo hace diferente. Sin embargo toda esta seguridad, esta afirmación en lo que lo distingue de lo femenino, está fácilmente asediada por el fantasma de aquello que le impida la conquista, de la impotencia, del rechazo a su atractivo, de la amenaza a la heterosexualidad. La promiscuidad, el intelecto, la fuerza física, la habilidad en todas sus formas, confirman lo masculino, calman la angustia. El acto de poder es un aseguramiento que corrobora la posición diferencial en la que se instala. De allí, la arrogancia, el abuso, el ejercicio del poder en lo intelectual, en lo político, en lo religioso, todas estas ocasiones en las que se determina cómo deben actuar los demás, trasgrediendo frecuentemente esa norma para sí mismo. En el fondo de este hombre viril, inteligente, homofóbico, vislumbro a un niño asustado, temeroso de una voracidad materna, agobiado por la tarea de ser alguna vez un padre potente, asegurador, temeroso del atractivo de la mujer, de su deseo, deseo que cauteriza convirtiéndolo en una presión a la que no puede resistirse. Deseo para no desear. Esto es, según lo creo, lo que está a la base de una cultura masculina, caracterizada, como decía Riane Eisler, por el poder. Este poder que llega a pervertirse cuando el sostener la diferencia está muy amenazado por el miedo, por la inseguridad, por la confusión. Allí pervertido por la presión de la angustia de no diferenciarse, aparece en el horror del nazismo, del colonialismo, de la homofobia.

Es así como podría justificarse el asedio a la homosexualidad, calificándola de perversión, por su atracción por las mezclas. Y desde allí se desenvuelve naturalmente el juicio moral y psicopatológico. Cuántas veces he escuchado a colegas plantearle a un homosexual que solicita psicoterapia que se le ayudará a volver a la normalidad. Todo esto valdría si la sexualidad se definiera por una diferencia biológico-anatómica y no fuere un emergente de lo cultural. Un emergente del modo como el lenguaje de nuestra cultura nos posiciona simbólicamente. Como hombres o como mujeres. Un pensador biologizante determinará que, aun en el área de lo psicológico, lo determinante será lo observable, lo anatómico, lo fisiológico y aludirá entonces a las diferencias como obvias, a la vista, determinando desde allí toda una escala de valores que no permitirían considerar como aceptable aquello que Joyce Mc. Dugall denominó neosexualidades.

Sin embargo, allí es donde se instala, paradójicamente, un pensamiento intolerante de la diferencia. Allí, donde lo obvio de lo observable determina cómo deben separarse las cosas. Las clasificaciones y las jerarquías dejan de servir como orientadores cognitivos en un mundo complejo y enigmático y se convierten en medida de separación entre los que somos iguales y aquellos que, en tanto marginales, se ubican en distintos grados de anormalidad. Que el DSM-IV haya optado por definir la psicopatología como trastornos a rescatar a partir de síntomas que en realidad han sido reducidos a signos, es una manifestación de este pensamiento que Heidegger llamó pensamiento calculante. Pensamiento calculante que, cuando se ejerce en función de lo humano, se sale de su ámbito lógico y se pervierte como ejercicio de un poder que considera marginal a aquel que no se ajusta a la propia regla, mientras puede mezclar sus propias distinciones en acciones que contradicen sin cuestionamiento lo que ha sido determinado.

Es por todo esto que he dedicado buena parte de esta ponencia a diferenciar entre yo y sujeto. Nadie podría negar los beneficios a que accede la funcionalidad del Yo, como nadie podría negar los beneficios que ha aportado el positivismo a la vida humana. Pero hay algo que falla básicamente y lo vivimos cotidianamente, algo que debería cuestionarnos sobre el modo de habitar, donde el peso de lo masculino quedaría quizás delatado como gestor de diferencias formales para conducir subrepticamente a un pensamiento uniforme, en el cual se pueda colar irresponsablemente el ejercicio del poder.

Esta ponencia se planteaba sobre la neurosis y la perversión. Sin embargo, no he hablado de neurosis. Me pregunto ¿por qué? Probablemente porque siento que esa polaridad oculta una valoración que implica que la neurosis es algo mejor que lo perverso. Y yo no lo pienso así. Creo que ambas son estructuras que aluden a distintas posiciones subjetivas desde donde se vive la existencia. Creo que el verdadero distingo moral se concreta en el abuso y entiendo que éste se da tanto en lo neurótico como en lo perverso. Tanto en la heterosexualidad como en la homosexualidad. En realidad no sé por qué no he hablado de neurosis. Quizás por lo que alguna vez Michel Thibaut dijo en una jornada: "a los neuróticos les interesa la perversión, porque ellos fantasean lo que los perversos hacen". Puede ser por esto, pero puede no serlo. ¿Quién lo sabe?

INVESTIGACIÓN

ALTERACIÓN DE LA MEMORIA DE TRABAJO VERBAL EN PERSONAS ENFERMAS DE ESQUIZOFRENIA Y FAMILIARES DE PRIMER GRADO

(Rev GPU 2008; 4; 1: 105-110)

Elton Páez, Álvaro Cavieres y Mónica Valdebenito¹

Numerosas investigaciones han descrito alteraciones en las funciones cognitivas de personas enfermas de esquizofrenia y en sus familiares de primer grado. En particular, la alteración de la Memoria de Trabajo Verbal ha sido considerada como un marcador endofenotípico de la vulnerabilidad de enfermar de este trastorno mental. **Objetivos:** 1) determinar el rendimiento de una muestra chilena de personas enfermas de esquizofrenia, sus familiares y un grupo control, en una prueba de Memoria de Trabajo Verbal, 2) comparar los rendimientos obtenidos con los publicados en investigaciones relacionadas, 3) estudiar la relación entre el funcionamiento de la Memoria de Trabajo Verbal y distintas variables demográficas. **Método:** Se aplicó la Wechsler Digit Span Task a 48 pacientes esquizofrénicos del Policlínico del Hospital Psiquiátrico del Salvador de Valparaíso, a 54 familiares de primer grado sanos y a 64 funcionarios de dicho recinto asistencial. Los resultados obtenidos por los tres grupos fueron comparados entre sí y correlacionados con las variables demográficas. **Resultados:** Se encuentra una alteración, estadísticamente significativa, en la Memoria de Trabajo Verbal y en la Atención Sostenida en los pacientes esquizofrénicos y sus familiares de primer grado sanos con respecto al grupo control.

INTRODUCCIÓN

Funciones cognitivas y esquizofrenia

Las investigaciones acerca de los déficits cognitivos en la esquizofrenia han permitido establecer que éstos son detectables, en la mayoría de los pacientes, desde el inicio clínico de la enfermedad, (1) permanen-

ciendo relativamente estables a través de su evolución, (2, 3) aún tras la remisión de los síntomas psicóticos y sin beneficiarse mayormente con el uso de antipsicóticos (4, 5). Estas alteraciones están relacionadas, pero son autónomas, de los síntomas deficitarios (6) pudiendo, además precipitar las psicosis (7). Además de ser consideradas uno de los más importantes predictores pronósticos de la enfermedad (8), algunos autores sos-

¹ Departamento de Psiquiatría. Universidad de Valparaíso. cavieres@vtr.net

tienen que estas manifestaciones son el núcleo fundamental de la esquizofrenia, con mayor relevancia que los síntomas positivos y negativos (9).

Aun cuando se estima que, aproximadamente, el 15% de las personas enfermas de esquizofrenia presenta un funcionamiento neuropsicológico normal (10), la mayoría de ellas manifiesta algún grado de déficit cognitivo, con rendimientos estimados entre 1 y 3 DS, bajo el promedio de la población general (11, 12). Además, cerca de un tercio de los pacientes puede manifestar un deterioro agregado después de los 65 años. En estos casos debe plantearse el diagnóstico adicional de demencia (13, 14).

Las funciones cognitivas más afectadas en la esquizofrenia son la atención sostenida o vigilancia, las funciones ejecutivas y la memoria de trabajo (15, 16). Esta última tendría una estrecha relación con el riesgo genético, ya que el 75 % de los familiares asintomáticos de primer grado, obtiene menores puntajes en pruebas que evalúan este tipo de memoria, comparados con el rendimiento conseguido por la población general (17, 18).

La memoria de trabajo

La memoria humana puede clasificarse en tres grandes tipos según la cantidad de información y el tiempo en que se mantiene almacenada: *las* memorias sensoriales, la memoria a largo plazo, y la memoria de trabajo.

Las memorias sensoriales son responsables de mantener, durante periodos muy cortos, la información que llega a los órganos de los sentidos, permitiendo su mejor análisis. Su capacidad es ilimitada porque los estímulos ocupan muy brevemente los receptores. La memoria a largo plazo, por su parte, se refiere al conjunto de conocimientos de los que se dispone en forma relativamente permanente. No se ha podido determinar la cantidad máxima de información que los seres humanos son capaces de aprender.

La memoria de trabajo es el conjunto de imágenes o contenidos verbales, provenientes de las experiencias sensoriales o de la memoria a largo plazo, a los que se presta atención en un momento determinado, y que pueden, por tanto, ser manipulados voluntariamente. La retención de la información decae rápidamente cuando deja de ser empleada y su capacidad está limitada a un número máximo de siete elementos a la vez.

Baddeley (19) propone que la memoria de trabajo está constituida por al menos tres subsistemas organizados en forma jerárquica, y operando en estrecha colaboración. Estos subsistemas son: el ejecutivo central, el lazo articulatorio y la agenda visoespacial.

El ejecutivo central

Es un sistema de naturaleza atencional, que ejerce el control voluntario y la toma de decisiones, estrechamente relacionado con la experiencia consciente. Los símbolos que se manipulan bajo el control voluntario se mantienen activos mediante sus dos sistemas subordinados.

El lazo articulatorio

Es el sistema de lenguaje utilizado para mantener activos y bajo control de la atención a un conjunto de símbolos verbales. La información contenida en un código fonológico tiende a decaer espontáneamente, perdiéndose por completo, después de dos segundos. La mantención por periodos más largos requiere del repaso subvocal o de la pronunciación, de este modo se renueva brevemente, y así sucesivamente. Este componente es también denominado memoria de trabajo verbal.

La agenda visoespacial

Es el sistema de percepción visual utilizado para mantener y manipular bajo control atencional la información de naturaleza visoespacial, ya sean vistas o imaginadas. A diferencia del lazo articulatorio, la agenda visoespacial no requiere del repaso ordenado de las imágenes, las que, además, pueden combinarse en formas complejas y recordarse como un todo. La cantidad de imágenes que pueden manipularse bajo control de la atención también es limitada.

Por lo tanto, la memoria de trabajo se entiende como la capacidad de mantener *on line* un estímulo por un breve periodo y así manipularlo mentalmente para resolver problemas cognitivos y conductuales. Implica entonces, aprehender activamente, procesar y manipular la información.

Alteración de la memoria de trabajo verbal en la esquizofrenia

Los puntajes en evaluaciones de memoria de trabajo, en personas enfermas de esquizofrenia, se encuentran disminuidos en aproximadamente 4 DS, comparados con la población general (1) y tal como se señaló previamente, existe también un menor rendimiento en sus familiares de primer grado sanos (20, 21).

En el último tiempo el déficit de la memoria de trabajo ha pasado a ser uno de los aspectos más estudiado de la esquizofrenia. Se plantea que podría contribuir a

la producción de los síntomas psicóticos (7) y a las alteraciones del curso del pensamiento (dificultad para recordar la intención original del discurso, alteración en la asociación de las ideas y descarrilamiento secundario) (22). Por otra parte, la correlación entre los rendimientos neuropsicológicos y los diferentes aspectos del funcionamiento psicosocial, muestra que la indemnidad de la memoria de trabajo es indispensable para el autocuidado y el desempeño laboral adecuado (17, 23, 24).

Para explicar la fisiopatología de la alteración de la memoria de trabajo en los pacientes esquizofrénicos y en sus familiares se han formulado diversas hipótesis: 1) anatomofuncional, 2) dopaminérgica, 3) gabaérgica, 4) Met/Val

1) Hipótesis Anatomofuncional

Existen evidencias que relacionan directamente a los déficits cognitivos con la hipoactivación de la corteza prefrontal (25-27). Los procesos mentales que conforman la memoria de trabajo dependen del adecuado funcionamiento de esta región (28), lo que se confirma con estudios funcionales con tomografía por emisión de positrones, en personas enfermas de esquizofrenia, quienes exhiben una disminución del flujo sanguíneo y del metabolismo en la corteza prefrontal dorsolateral, comparados con controles sanos (29, 30). Éste es uno de los datos más sólidos en la investigación neurocognitiva de la enfermedad.

2) Hipótesis dopaminérgica

La disregulación de la neurotransmisión dopaminérgica en la corteza prefrontal dorsolateral en primates se traduce en una alteración de la memoria de trabajo, homologable a la observada en estados de hipodopaminergia en humanos (31). El receptor D1 ha demostrado tener un rol importante en el funcionamiento de la corteza prefrontal. Se encuentra mayormente distribuido en la región dorsolateral y posee 10-20 veces mayor afinidad por la dopamina, respecto al receptor D2. Su participación en los mecanismos celulares de la memoria de trabajo ha sido estudiada a través de la administración local, aguda y crónica, de agonistas D1 en monos, mejorando el rendimiento en las pruebas que miden la memoria de trabajo en dicha especie (32, 33).

3) Hipótesis gabaérgica

El normal funcionamiento de la *memoria de trabajo*, requiere, también, una adecuada neurotransmisión

gabaérgica en la corteza prefrontal dorsolateral. Los genes que codifican las proteínas relacionadas con el neurotransmisor GABA presentan una menor expresión en los pacientes esquizofrénicos (34), específicamente, a nivel del ácido glutámico decarboxilasa (GAD67), enzima encargada de la síntesis de GABA (35).

4) Hipótesis Met/Val

La expresión del alelo Val, del gen que codifica la información para la síntesis de la COMT (cromosoma 22), traduce una mayor actividad de esta enzima, produciendo una mayor degradación de la dopamina en la corteza prefrontal. La hiperactividad de la COMT ha permitido relacionar la predisposición genética de padecer esquizofrenia, la disregulación dopaminérgica y la disfunción de la corteza prefrontal dorsolateral, tanto en pacientes esquizofrénicos como en sus familiares (36).

El *digit span task* (37) es una subprueba de la escala de evaluación de la inteligencia de Weschler, que explora de manera rápida, en una situación clínica habitual, la atención y la memoria de trabajo verbal. Si bien la mayoría de las investigaciones realizadas con esta prueba informa un menor rendimiento de los pacientes y sus familiares (38, 39, 40, 41), otros trabajos (42, 43) reportan resultados discrepantes. Se han formulado críticas metodológicas al respecto, por el tamaño reducido de las muestras y por no considerar variables como la edad y el nivel de educación de los participantes, lo que podría influir en los resultados.

OBJETIVOS

Evaluar, en una muestra local, de personas enfermas de esquizofrenia y sus familiares de primer grado, la *memoria de trabajo verbal*, utilizando la *digit span task*, y de este modo: 1) caracterizar el desempeño de sujetos nuestra población, 2) compararlos con el rendimiento de los participantes de las investigaciones publicadas en otros centros 3) relacionar el rendimiento de los participantes con variables demográficas como edad, género y nivel educacional.

SUJETOS Y MÉTODOS

Sujetos

1. Pacientes

Cuarenta y ocho pacientes (33 hombres; edad promedio = 35 años, DE \pm : 10.46; promedio de educación: 10 años, DE \pm : 2.79), reclutados en el Policlínico del

Hospital Psiquiátrico del Salvador de Valparaíso. Todos los pacientes cumplieron los criterios diagnósticos de esquizofrenia, según el DSM-IV TR (44) y se encontraban estables en su condición clínica al momento de la evaluación, de acuerdo con los puntajes en la Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica BPRS (45) (puntaje promedio: 7,25).

2. Familiares

Participaron cincuenta y cuatro familiares de primer grado (padre, madre, hermanos) de personas enfermas de esquizofrenia (18 hombres; promedio de edad= 39 años, DE: ± 15.26 ; promedio de educación: 11 años, DE: ± 3.31). Ninguno padece esquizofrenia.

3. Grupo control

Sesenta y cuatro participantes sanos (27 hombres; promedio de edad= 38 años, DE \pm : 9.74; promedio de educación: 14 años, DE: ± 1.69) funcionarios del Hospital Psiquiátrico del Salvador.

Todos los sujetos participantes en el estudio cumplieron los siguientes criterios de inclusión: 1) edad entre 15 y 60 años, 2) ausencia de enfermedades neurológicas o sistémicas que afecten al sistema nervioso central, 3) no presentar comorbilidades psiquiátricas severas, 4) no presentar retraso mental, 5) firmar un consentimiento informado

PROCEDIMIENTO

Todos los sujetos fueron evaluados con la *Wechsler Digit Span Task* de manera estandarizada, es decir, en ambas series el examinador presenta verbalmente una secuencia específica de dígitos randomizados con una frecuencia de uno por segundo. Primero, en la serie directa, se le pide al participante que repita verbalmente los dígitos, en el mismo orden en que les fueron presentados, inmediatamente tras su exposición verbal por parte del entrevistador. A continuación, en la serie inversa, el participante debe repetir la secuencia de dígitos en orden inverso, también inmediatamente tras su presentación. El número de dígitos se incrementa de uno en uno hasta que el participante falla en dos intentos consecutivos en una secuencia de igual longitud en la serie directa y luego en la serie inversa (máximo 9 dígitos). En ese momento se da por finalizada la evaluación.

Adicionalmente, el estado psicopatológico de los pacientes fue valorado con la Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica (BPRS)

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para asegurar que los tres grupos que conforman el estudio fueran comparables entre sí, se consideró un número mínimo semejante de participantes (más de treinta cada uno), y se verificó estadísticamente la homogeneidad de su composición en cuanto a edad y años de estudio.

Las diferencias, en los puntajes del *digit span task*, fueron analizadas con el test de ANOVA, con el método de diferencia honestamente significativa de Tukey. El análisis de varianza detecta diferencias globales entre las medias involucradas, sin embargo, una comparación más específica entre grupos, requiere el método de Tukey.

Las mismas herramientas estadísticas se aplicaron para determinar la posible relación entre el desempeño en las series de dígitos y la edad de los sujetos, y en el caso de los pacientes, con la escala BPRS.

La asociación entre género y desempeño en ambas series del *digit span task*, fue estudiada con la prueba de t-student. El análisis de covarianza fue empleado para determinar si el rendimiento de las series pudiese estar relacionado entre sí o afectado por el nivel de educación.

RESULTADOS

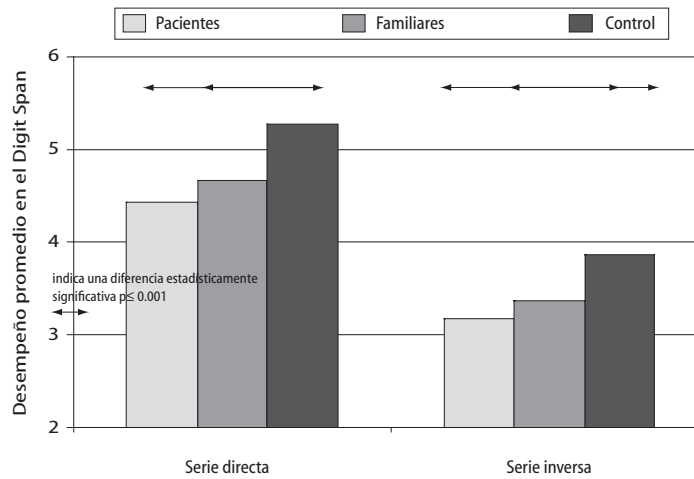
El análisis con la prueba de honestidad estadísticamente significativa de Tukey confirma que los grupos son homogéneos respecto a la edad. Por otra parte, y según lo esperado, el número de años de estudio varía significativamente entre los participantes ($p < 0.001$), con un mayor nivel educacional del grupo control respecto a los familiares y a los pacientes, quienes no presentan diferencias entre sí.

El test de ANOVA muestra desempeños estadísticamente distintos, entre los tres grupos, en la serie directa ($p < 0.0001$) e indirecta ($p < 0.0007$) de la *digit span task*. Sin embargo, la prueba de Tukey, evidencia que los pacientes con esquizofrenia y sus familiares tienen un rendimiento significativamente menor que el grupo control y sin diferencias significativas entre ellos (Figura 1).

El análisis estadístico demuestra que los rendimientos en la serie directa (atención) no afectan los puntajes obtenidos en la serie inversa (memoria de trabajo), en ninguno de los participantes del estudio ($p < 0.05$).

El rendimiento en el *digit span task* no muestra relación con género ni edad en ninguno de los grupos. Para descartar concluyentemente una asociación se distribuyó a los sujetos en rangos etarios específicos:

Figura 1.
 RENDIMIENTO PROMEDIO EN LA SERIE DIRECTA E INVERSA DEL *DIGIT SPAN TASK* DE LOS PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA, FAMILIARES DE PRIMER GRADO Y DEL GRUPO NO PSIQUIÁTRICO



16-30 años; 31-45 años, y 46-60 años, con el análisis posterior de Tukey, se corrobora que los rendimientos son homogéneos en ambas series.

El análisis de covarianza (ANOVA) permite observar que los puntaje de la serie directa y los años de estudios son covariantes, es decir, dependen entre sí, en los tres grupos ($p < 0.05$). Por el contrario, la serie inversa, no está vinculada con los años de estudios ($p > 0.05$).

En cuanto al estado psicopatológico de los pacientes, no se observa una asociación estadística, entre los puntajes en la escala BPRS y el desempeño en las dos series de la *digit span task*.

DISCUSIÓN

Los resultados muestran que las personas enfermas de esquizofrenia, y sus familiares de primer grado sanos, presentan un menor rendimiento, en el *digit span task*, comparados con una muestra de la población general. La falta de covarianza entre los resultados de ambas series demuestra que efectivamente se evaluaron dos funciones cognitivas independientes.

Por otra parte, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes de pacientes y familiares en las dos series, es decir, ambos rinden como un solo grupo homogéneo. Existiría entonces, una alteración de la *atención sostenida* y de la *memoria de trabajo* relacionada con un factor genético y que no pudo ser atribuida al género, edad, o estado psicopatológico.

Una posible causa de la alteración de la *atención sostenida* en los familiares de nuestros pacientes, cuya descripción no hemos encontrado en otras publicaciones (11, 17, 18, 38-41) puede estar ligada a su bajo nivel de educación. Lo anterior es corroborado por la estrecha vinculación observada entre el rendimiento en la serie directa y el número de años estudiados. Una explicación más difícil de comprobar podría residir en una mayor penetración genética en los familiares de nuestra población.

El bajo desempeño observado en la serie inversa en los pacientes y en los familiares de primer grado sanos, viene a reflejar en nuestra población uno de los descubrimientos más sólidos de la investigación neuropsicológica, esto es, la alteración de la *memoria de trabajo* como un marcador endofenotípico y como parte de la diátesis de la esquizofrenia (11, 17, 18, 30, 34, 39).

REFERENCIAS

1. Bilder R, Goldman R, Robinson D, et al. Neuropsychology of the first – episode *schizophrenia*: initial characterization and clinical correlates. *Am J Psychiatry* 2000; 57: 549-559
2. Gold S, Arndt S, O'Leary D, Andreasen N. Longitudinal study of cognitive function in first episode and recent - onset schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1342-1348
3. Hoff A, Svetina C, Shields G, Stewart J, DeLisi L. Ten years longitudinal study of neuropsychology functioning subsequent to a first episode of schizophrenia. *Schizophr Res* 2005; 78: 27-34
4. Byler C, Gold J. Cognitive effects of typical antipsychotic treatment: another look. In: Sherma T, Harvey P, eds. *Cognitive in schizophrenia*. Oxford University Press, New York, 2000. pp. 241-265

5. Keefe R, Silva S, Parkins D, Lieberman J. The effect of atypical antipsychotic drugs on neurocognitive impairment in schizophrenia: a review and meta - analysis. *Schizophrenia bulletin* 1999; 25: 201-222
6. Berman I, Viegner B, Merson A, Allan E, Green AI. Differential relationship between positive and negative symptoms and neuropsychological deficits in schizophrenia. *Schizophr Research* 1997; 25: 1-10
7. Crow T, Done D, Sacker A. Childhood precursors of psychosis as clues to its evolutionary origins. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1995; 245: 61-69
8. Green M. What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *Am J Psychiatry* 1996; 154: 321-330
9. Andreasen N. Linking mind and brain in the study of mental illnesses: a project for a scientific psychopathology. *Science* 1997; 275: 1586-1593
10. Palmer W, Heaton R, Paulsen J, Kuck J, Braff D, Harris M, *et al*. Is it possible to be schizophrenic yet neuropsychologically normal? *Neuropsychology* 1997; 11: 437-446
11. Saykin A, Gur R, Gur R, Mozley P, Mozley L, Resnick S, *et al*. Neuropsychological function in schizophrenia. Selective impairment in memory and learning. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 618-624
13. Heaton R, Paulsen J, Mc Adams L, Kuck J, Zisook S, Braff D, *et al*. Neuropsychological deficits in schizophrenics. Relationship to age, chronicity and dementia. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 469-476
14. Breier A, Schreiber G, Dyer J, Pickor. NIMH longitudinal study of chronic schizophrenia: prognosis and predictors of outcome. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 48: 239-246
15. Bilder R, Lipschutz - Broch L, Reiter G, Geisler S, Mayerhoff D, Lieberman J. Intellectual deficits in first - episode schizophrenia: evidence of progressive deterioration. *Schizophr bulletin* 1992; 18: 437-448
16. Riley E, Mc Govern D, Mockler D, Doku V, O'Ceallaigh S, Fannon D, *et al*. Neuropsychological functioning in first - episode psychosis. Evidence of specific deficits. *Schizophr Res* 2000; 47-55
17. Sharma T, Antonova L. Cognitive function in schizophrenia. Deficits, functional consequences and future treatment. *The Psychiatric Clinics of North America*. March 2003; 26:1, p 25-40
18. Concklin H, Curtis C, Katsanis J, Iacono W. Verbal working memory impairment in schizophrenia patients and in their first - degree relatives: evidences from the digit span task. *Am J Psychiatry* 2000; 57: 275-277
19. Baddeley A. Human memory: Theory and practice 1990. Hilla-dale. LEA
20. Kremen W, Faraone S, Seidman L, Pepple J, Tsuang M *et al*. Neuropsychological risk indicators for schizophrenia: a preliminary study of female relatives and bipolar probands. *Psychiatry Res* 1998; 79: 227-240
21. Park S, Holzman P. Schizophrenics show spatial working memory deficits. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 49: 975-982
22. Goldman - Rakic P. Prefrontal cortical dysfunction in working memory: the relevance of working memory. In: Caroll BJ, Barret JE (eds). *Psychopathology and the brain*. Raven, New York, pp 1-23
23. Cavieres A, Valdebenito M. Funcionamiento cognitivo y calidad de vida en la esquizofrenia. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr* 2005; 43(2): 97-108
24. Mueser K. Cognitive functioning, social adjustment and long - term outcome in schizophrenia. En: *Cognition in schizophrenia*. Sharma T, Harvey P, eds. New York; Oxford University Press, 2000; 157-177
25. Hoff A, Kremen W. Neuropsychology in schizophrenia: an update. *Curr opin psychiatry* 2003; 16: 149-155
26. Conklin H, Curtis C, Calkins M, Iacono W. Working memory functioning in schizophrenia patients and their first-degree relatives: cognitive functioning shedding light on etiology. *Neuropsychologic* 2004; 43:930-942
27. Schubert E, McNeil T. Neuropsychological impairment and its neurological correlates in adult off spring with heightened risk for schizophrenia and affective psychosis. *Am J Psychiatry* 2005; 162:758-766
28. Goldman - Rakic PS. Working memory dysfunction in schizophrenia. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1994; 6: 348-357
29. Buchsbaum M, Hazlett E. Positron emission tomography studies of abnormal glucose metabolism in schizophrenia. *Schizophr bulletin* 1998; 24: 343-364
30. Weinberger D, Berman K, Zec R. Physiologic dysfunction of dorsolateral prefrontal cortex in schizophrenia. Regional cerebral blood flow evidence. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43: 114-124
31. Petrides M, Pandya D. Dorsolateral prefrontal cortex: comparative cytoarchitectonic analysis in the human and macaque brain and corticocortical connection patterns. *Eur J neurosci* 1999; 11: 1011-1036
32. Passetti F, Thomas K, Dalley J, Everitt B, Robbins T. Enhanced and impaired performance after infusion of D1 dopaminergic receptor agents into rats prefrontal cortex. *J Neurosci* 2000; 20: 1208-1215
33. Arnsten A, Cai J, Murphy B, Goldman - Rakic P. Dopamine D1 receptor mechanism in the cognitive performance of young adult and aged monkeys. *Psychopharmacology* 1994; 116: 143-154
34. Mirmics K, Middleton F, Marquez A, Lewis D, Levitt P. Molecular characterization of schizophrenia viewed by microarray analysis of gene expression in prefrontal cortex. *Neuron* 2000; 28: 53-67
35. Akbarian S, Kimm J, Potkin S, Hagman J, Tafazzoli A, Bunney W *et al*. Gene expression of glutamic acid decarboxylase is reduced without loss of neurons in prefrontal cortex of schizophrenics. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 258-266
36. Egan M, Goldberg T, Kolachane B, Callicott J, Mazzanti C, Straub R, *et al*. Effect of COMT Val 108/156. Met genotype on frontal lobe function and risk for schizophrenia. *Proceeding of the National Academy of Science of The United States of America* 2001; 98: 6917-6922
37. Wechsler DH. *Escala de Inteligencia para Adultos WAIS* Redacción en Castellano Marta Hermosilla Valencia. Santiago, Chile 1982
38. Keri S, Janka Z. Critical evaluation of cognitive dysfunction as endophenotypes of schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 110: 83-91
39. Berretini W. Genetics bases for endophenotypes in psychiatric disorders. *Dialogues in clinical neurosci* 2005; vol 7 (2): 95-103
40. Heydebrand G. Cognitive deficits in the families of patients with schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry* 2006; 19(3): 277-281
41. Maier W, Lichtermann D, Minges J, *et al*. Continuity and discontinuity of affective disorder and schizophrenia. Results of a controlled family study. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50:871-883
42. Yurgelun - Todd D, Kinney D. Patterns of neuropsychological deficits that discriminate schizophrenics individuals from siblings and control subjects. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1993; 5: 294-300
43. Shedlack K, Lee G, Sakuma M, Xie S, Kusnner M, Pepple J *et al*. Language processing and memory in ill and well siblings from multiplex families affected with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 1997; 1: 43-52
44. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fourth edition. APA, Washington (DC) 2000
45. Overall J, Gorham D. The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychol Rep* 1962; 10:799-812

INVESTIGACIÓN

EL MONITOREO DE RUTINA DE LOS RESULTADOS DE TRATAMIENTOS PSICOTERAPÉUTICOS: ATRICIÓN, CAMBIO ESTADÍSTICO Y CLÍNICO EN UN SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DE HOSPITAL GENERAL

(Rev GPU 2008; 4; 1: 111-117)

Ramón Florenzano, Juan Francisco Labra, Katherine San Juan, Ana Calderón, Andrea Vacarezza¹

Los efectos de las psicoterapias son positivos: décadas de investigación así lo demuestran; desde el desafío de Eysenck en la década de los 1950 del siglo pasado múltiples estudios meta-analíticos han encontrado que las intervenciones psicosociales son más efectivas que no tratar a los pacientes, o que el tratamiento con placebo; el tema hoy día es demostrar su costo-eficacia, dada la presión creciente en un mundo dominado por la planificación de servicios de salud basados en la evidencia. Se ha afirmado que es ahora necesario progresar hacia estudios que demuestren que los pacientes tratados mejoran no sólo en condiciones cuidadosamente controladas en centros universitarios sino en la práctica cotidiana de los servicios de salud. Este trabajo muestra evidencia en este sentido, recolectada en diversos grupos de pacientes tratados en un Servicio de Psiquiatría de un Hospital General (SPHDS) en la Región Metropolitana de Santiago de Chile. El instrumento utilizado es el Outcome Questionnaire (OQ 45.2) de Lambert *et al.*, en su versión adaptada para Chile de Von Bergen y De la Parra, aplicado rutinariamente en las diversas unidades clínicas del SPHDS. Se encuentran elevados porcentajes de abandono de tratamiento en la mayoría de las unidades, así como se demuestra un descenso importante en los puntajes sucesivos del OQ 45.2, entre las mediciones previa (M1), cercanas (M2) y posteriores (M3). Esta diferencia (calculada como Índice de Cambio Confiable) es mayor en M2 en los casos hospitalizados (ICC=39,2) y en las unidades ambulatorias de Intervención en Crisis (ICC=35,2), y de Tratamiento Cognitivo Conductual de Trastornos Ansiosos (ICC=33,7). En cuanto a cambio clínicamente significativo, éste es mayor nuevamente en estas unidades, con tratamiento centralmente psicosocial: 70% en la UTAC y 50% en la de Crisis. Se concluye en la necesidad de hacer estudios más específicamente comparativos según tipo de tratamiento.

¹ Facultad de Psicología Universidad del Desarrollo; Servicio de Psiquiatría, Hospital del Salvador.

INTRODUCCIÓN

La evidencia de que las psicoterapias ayudan a los usuarios ya no es un tema de debate: la demostración de que las psicoterapias son efectivas es abundante: numerosos estudios meta-analíticos así lo han probado. El tema se centra hoy en la búsqueda de intervenciones más costo-efectivas y costo-eficientes. Parry (2000) ha resumido esta necesidad en el sistema nacional de salud inglés señalando que las psicoterapias son una práctica profesional frecuente, pero que hay muy poco consenso acerca de los métodos e indicaciones de sus modalidades específicas, y con una amplia variabilidad en cómo se ejercen. Desde el punto de vista de los pacientes, aquellos con grados importantes de malestar hacen una inversión importante de su tiempo y recursos personales en terapia, por lo que tienen derecho a saber si estos procedimientos son seguros y efectivos. Desde el punto de vista de políticas públicas, siendo desigual el acceso a estas intervenciones, es necesario hacer provisiones para que quienes las necesiten tengan la posibilidad de tenerlas. La psicoterapia en los sistemas públicos representa una inversión importante de recursos y tiempo profesional, por lo que sería un dispendio si no se administran cuidadosamente. Las psicoterapias, además, representan todavía una intervención marginal en los servicios de salud, por lo que deben ser evaluadas para que se utilicen en forma más frecuente. Otro tema que ha surgido en la discusión es el de la iatrogenia: tal como hay evidencia de que las terapias son efectivas, también la existe en relación a que los pacientes se pueden deteriorar si son aplicadas en forma inapropiada o por terapeutas incompetentes.

La metodología habitualmente utilizada para decidir acerca de cuáles son los tratamientos más efectivos, es la de los ensayos clínicos controlados (RCT's), en los cuales los tratamientos son ofrecidos por terapeutas seleccionados y supervisados a pacientes seleccionados con un trastorno específico. Aun en estos estudios, entre el 35 y 40% de los pacientes no experimentan beneficio y entre un 5 y 10% se deterioran (Hansen, Lambert y Forman, 2002). Barkham y Mellor-Clark (2000) se han referido a la necesidad de avanzar desde estudios sobre la eficacia de los tratamientos psicoterapéuticos a otros sobre su efectividad. Esto es, consideran que la eficacia de las psicoterapias está probada de acuerdo a la evidencia de la literatura, entendiendo como estudios de eficacia aquellos realizados en centros generalmente académicos, con pacientes seleccionados y criterios precisos de inclusión y exclusión, con terapeutas acreditados, con terapias manualizadas. Estos estudios han mostrado que las terapias son eficaces

en comparación a los casos controles o no tratados. El paso siguiente es medir efectividad, entendiendo por ésta las intervenciones realizadas en servicios públicos donde los pacientes llegan por canales rutinarios de derivación, y son tratados por terapeutas con una carga asistencial importante, que deciden de acuerdo a su experiencia acerca de cómo intervenir, que tratan a pacientes heterogéneos en sus características personales y diagnósticos y motivos de consulta. Shadish *et al.* (1997) (1) analizaron 1.087 estudios de resultados de psicoterapias, encontrando un tamaño del efecto de 0.69 en promedio en los estudios de eficacia, que bajaba a 0.57 en los de eficiencia, o sea de tipo naturalístico. Este tamaño del efecto no es menor: implica que el caso promedio tratado con psicoterapia está mejor que el 70% de los casos controles. Glenis Parry (2000) ha señalado cómo los RCTs son el método central de las aproximaciones basadas en la evidencia, ofreciendo la mejor respuesta a las preguntas acerca del resultado (más que sobre el proceso) de los tratamientos y también acerca de su efectividad (más que sobre la eficiencia). El paso siguiente para demostrar eficiencia es el de estudios naturalísticos: la determinación de rutina de los resultados de intervenciones psicoterapéuticas, paso que Michael Lambert (2007) ha propuesto como necesario para contestar algunos de los anteriores interrogantes.

En nuestro medio hemos utilizado el mismo instrumento empleado por Lambert, el Outcome Questionnaire en su versión validada en Chile por Von Bergen y De la Parra (2002) para medir rutinariamente la evolución de los pacientes tratados en un servicio hospitalario público, el Servicio de Psiquiatría del Hospital del Salvador (SPHDS). Este tipo de estudios se centra en los resultados de la psicoterapia, utilizando la terminología desarrollada por Donavedian (1996), quien distinguió en la evaluación de calidad el estudio de la estructura, de los procesos y de los resultados. La estructura se refiere al contexto en el cual se entregan las intervenciones e incluye las características de la población de pacientes, de la comunidad, los proveedores y la organización de los servicios; los procesos se refieren a lo que sucede entre usuario y proveedor, incluyendo elementos técnicos y de la calidad de la alianza terapéutica; los resultados se refieren al desenlace (*outcome*) de la intervención, e incluyen cambios en síntomas, estado funcional, satisfacción de usuarios, expectativa de vida e indicadores económicos. Acá es donde términos tales como eficacia y eficiencia, así como la determinación de costos, adquieren relevancia.

Un problema frecuente en la medición de resultados son los elevados porcentajes de pacientes que

abandonan las terapias, lo que hace que frecuentemente las mediciones secuenciales se apliquen a menos casos de los ingresados a los estudios. En este trabajo presentamos los resultados de esta evaluación rutinaria y sistemática en los últimos años, con foco en tres aspectos específicos: la atrición de las muestras estudiadas, los resultados que miden la variación promedio de las escalas y sub-escalas del OQ 45.2, y el cálculo de la significación clínica utilizando el método propuesto por Jacobson y Truax (1991). Estos autores han propuesto el concepto que conjuga el cambio estadísticamente confiable con la significación clínica. Señalan que un cambio estadísticamente significativo no implica que sea clínicamente útil. Por ejemplo, en un estudio de una población tratada por obesidad puede haber una disminución de peso promedio tal que se puede afirmar que las diferencias encontradas son estadísticamente confiables. Lo anterior es distinto de mostrar que el descenso es suficiente para disminuir la mortalidad por enfermedad coronaria, en la cual el sobrepeso es un claro factor de riesgo. Los métodos desarrollados para describir el cambio clínicamente significativo apuntan a lo segundo.

El objetivo de este trabajo es analizar la utilidad de la medición cuantitativa sistemática y rutinaria de los tratamientos psicoterapéuticos, con el objeto de mejorar las tasas de retención, y comparar el rol de la significación estadística y clínica en la predicción de resultados de los tratamientos.

METODOLOGÍA

El Outcome Questionnaire (Lambert *et al.*, 2004) es un instrumento breve, cuyas 45 preguntas se aplican en 5 a 10 minutos, que mide tanto cambio de una a otra aplicación, constituyendo además una medida de criterio para clasificar al paciente en categorías de resultados (mejoría, no cambio o deterioro) después de una terapia. Se diseñó para evaluar cuatro categorías de funcionamiento: síntomas de alteración emocional (especialmente depresión, ansiedad y somatización), relaciones interpersonales y desempeño de rol social, así como calidad de vida (aspectos positivos y satisfacción vital). Su análisis factorial confirmó la presencia de las tres primeras sub-escalas, pero también encontró un factor general de salud mental determinado por el puntaje global (Mueller 2004). En definitiva, sus autores han acopiado información que muestra que este instrumento permite medir el cambio terapéutico (en contraste con los procedimientos habituales que subrayan el valor del diagnóstico para la planificación del tratamiento). Los estudios muestran que el cambio se

produce en forma diversa: los síntomas y el rol social mejoran antes que las relaciones interpersonales. La consistencia interna del OQ 45 en múltiples estudios es consistentemente alta ($\alpha=.93$) y la confiabilidad test-retest típicamente encuentra valores de .84. Su validez concurrente ha sido demostrada con otras escalas como la SSCL 90 de Hopkins, el inventario de depresión de Beck, y en una variedad de países (México, Chile, Puerto Rico, Alemania, Holanda e Italia). Los Puntajes de Corte (PC) establecidos para la población chilena, es decir, aquellos que diferencian una población funcional de una disfuncional son los siguientes, tanto para la escala total como para cada una de sus subescalas, como se puede ver en la Tabla 1.

Tabla 1

PUNTAJES DE CORTE EN LA ADAPTACIÓN CHILENA DEL OUTCOME QUESTIONNAIRE (OQ 45.2), MODIFICADO DE VON BERGEN Y DE LA PARRA

OQ Total	: 73
Área de Sintomatología	: 43
Área de Relaciones Interpersonales	: 16
Área de Rol Social	: 14

El Índice de Cambio Confiable (ICC), que se refiere a la diferencia entre el puntaje inicial y final que indica que el cambio terapéutico es significativo (al exceder el error muestral de medición), es, tanto para el Cuestionario Global como para cada una de sus áreas.

Tabla 2

PUNTAJES DE ÍNDICE DE CAMBIO CONFIABLE (ICC) EN LA ADAPTACIÓN CHILENA DEL OUTCOME QUESTIONNAIRE (OQ 45.2), MODIFICADO DE VON BERGEN Y DE LA PARRA

OQ Total	: 17
Área de Sintomatología	: 12
Área de Relaciones Interpersonales	: 9
Área de Rol Social	: 8

Se administra sistemáticamente el OQ 45.2 de Lambert a pacientes consultantes en un servicio clínico de psiquiatría en un hospital general, en tres oportunidades, para determinar tasas de atrición o abandono, variación en los promedios y DS de los puntajes globales del cuestionario, y finalmente cambio clínico: mejoría, cambio o deterioro según método de Jacobson y Truax. La administración del OQ en forma sistemática ha sido autorizada por el Comité de Ética del Hospital del Salvador, que además autorizó el proyecto específico que es presentado en este trabajo.

Tabla 3

NÚMERO DE PACIENTES INGRESADOS A LAS DIVERSAS UNIDADES Y PORCENTAJES DE APLICACIÓN DE PRIMERA MEDICIÓN OQ 45.2 (M1), SPHDS, SANTIAGO DE CHILE

	Ingresos	Mediciones	% Medición
Consultorio Adosado (Triage)	8.100	4.843	59,8
Internación	390	236	60,5
Hospital Día	140	110	78,6
Unidad Trastornos Afectivos (UTA)	300	218	72,7
Unidad Trastornos Personalidad (UTDP)	270	134	49,6
Unidad Intervención en Crisis (UIC)	140	133	95,0
Unidad Trastornos Ansiosos y Cognitivo Conductual (UTAC)	95	92	96,8
Unidad Farmacodependencias (UFD)	790	483	61,2

El Servicio de Psiquiatría del Hospital del Salvador es la unidad terciaria de la Red de Salud Mental del Servicio de Salud Metropolitano Oriente, en Santiago de Chile, que atiende casos derivados o bien desde los niveles primario y secundario de esa Red, o bien desde los Servicios clínicos del Hospital del Salvador. En 2006 dio 39.940 atenciones ambulatorias, y hospitalizó 401 pacientes. Consta de tres dispositivos de atención cerrada (internación, hospital día y enlace) y cinco unidades especializadas ambulatorias (Intervención en crisis, Farmacodependencias, Trastornos Afectivos, Trastornos Ansiosos y Terapias Conductuales, Adolescentes, y Trastornos de Personalidad). Los casos nuevos son ingresados a través de Triage de Enfermería, que el año 2006 recibió 1.886 casos, y derivados a una de las anteriores unidades.

RESULTADOS

Para evaluar la mantención en tratamiento y el porcentaje de atrición de medición se analizó el total de ingresos a las dos unidades mayores del Servicio (Con-

sultorio Adosado, Internación) así como a las unidades especializadas, determinándose el total de los que recibieron una medición inicial (M1) al ingresar al SPHDS. Como se puede ver en la Tabla 3, que contrasta el total de consultantes por el lapso de medición con el número de aplicaciones de la primera medición (M1), entre el 96,8% y el 59,8% fueron medidos inicialmente..

Recibieron mediciones estando ya en terapia, como se puede ver en la Tabla 4, (M2) un porcentaje menor de casos, variando entre el 73,3% de la Unidad de Internación, al 16,6% de los ingresados al Consultorio Adosado general a través de Triage de enfermería. Estos porcentajes disminuyeron aún más en la tercera medición (M3), que corresponden al control post-alta en el caso de los pacientes hospitalizados (22,9%), y a los que se mantenían en tratamiento más de 60 días después de su ingreso, en los casos ambulatorios (7%).

Al analizar las variaciones promedio de los puntajes en el OA 45.2 (Tabla 5), se puede constatar que en la gran mayoría de las unidades estos disminuyeron ya en la segunda medición, y aún más en la tercera. Estas

Tabla 4

PORCENTAJES DE ATRICIÓN EN MEDICIONES M2 Y M3, PACIENTES VISTOS EN SERVICIO DE PSIQUIATRÍA HOSPITAL DEL SALVADOR

	Total M1	% M2	% M3
Consultorio Adosado (Triage)	4.843	16,6	7
Internación	236	73,3	22,9
Hospital Día	110	67,3	20,9
Unidad Trastornos Afectivos (UTA)	218	43,6	15,6
Unidad Trastornos Personalidad (UTDP)	134	22,4	5,2
Unidad Intervención en Crisis (UIC)	133	36,1	13,5
Unidad Trastornos Ansiosos y Cognitivo Conductual (UTAC)	92	27,2	10,9
Unidad Farmacodependencias (UFD)	483	17,2	7,5

Tabla 5

VARIACIONES PROMEDIO EN UNIDADES DE TRATAMIENTO SPHDS, 2003 A 2007

Unidad	Media M1	Media M2	Media M3	ICC M1 M2	ICC M1 M3
M1 Triage (n=4.843)	91,5	77,84	71,93	13,7	19,6
M1 Internación (n=236)	107,58	68,35	77,94	39,2	29,6
M1 Hospital Día (n=110)	85,83	76,03	74,17	9,8	11,7
M1 Unidad Crisis (n=133)	97,85	83,31	62,67	14,5	35,2
M1 UTA (n=435)	96,8	85,5	80,5	11,3	16,5
M1 TDP (n=134)	103,65	94,37	83,43	9,3	20,2
M1 UTAC (n=92)	95,83	82,2	62,1	13,6	33,7
M1 UFD (n=483)	90,88	81,12	67,25	9,76	23,12

positivas variaciones se confirman al contrastar los Índices de cambio confiable, cuyos mayores cambios fueron para los pacientes hospitalizados (ICC M2 39,2 e ICC M3 29,6) y menores para los pacientes de Hospital Día (ICC M2 9,8 e ICC M3 11,7).

Al calcular la significación clínica según fórmula de Jacobson y Truax, como se ve en la Tabla 6, se encuentra que en las unidades mayores mejoran el 70,7% de los casos hospitalizados y el 50,9% de los casos tratados en el Consultorio Adosado. No experimentan cambios un 25,5% de los casos hospitalizados y un 45,2% de los tratados ambulatoriamente.

En relación a las unidades especializadas, los porcentajes de cambio clínicamente significativo oscilan

entre un 70% en la Unidad Cognitivo Conductual, a un 20% en el Hospital Día. No experimentan cambio entre un 80% de la Unidad de Trastornos Afectivos, a un 30% de la UTAC. Empeoran porcentajes entre un 16,7% de la Unidad de Trastornos Afectivos, a un 0% de UTAC, UTDP y Hospital Día. Hay que subrayar los pequeños números para calcular estos índices en algunas unidades (3 en UTDP, 6 en UTA y 5 en Hospital Día). Lo anterior se muestra en la Tabla 7. Vale la pena señalar que de las anteriores unidades, los mayores porcentajes de cambio, sea clínicamente significativo, sea mejoría se encuentran en unidades centradas en intervenciones psicosociales (UTAC con 70%) y Crisis (con 61,1%).

Tabla 6

CAMBIO CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVO, CALCULADO SEGÚN FÓRMULA DE JACOBSON Y TRUAX PARA ENFERMOS AMBULATORIOS (N=332) Y HOSPITALIZADOS (N=157) EN SPHDS HDS 2003-2007

	Consultorio Adosado		Internación	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Cambio clínicamente significativo	92	27,7	56	35,70
Mejoran	77	23,2	55	35,00
Sin cambio	150	45,2	40	25,50
Empeoran	13	3,9	6	3,80

Tabla 7

CAMBIO CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVO, CALCULADO SEGÚN FÓRMULA DE JACOBSON Y TRUAX PARA CASOS TRATADOS EN UNIDADES ESPECIALIZADAS CAE SPHDS, 2003-2007

	UTAC (n=10)	UFD (n=35)	UTDP (n=3)	U Crisis (n=18)	UTA (n=6)	HDIA (n=5)
Cambio clínicamente significativo	70	31,4	0	50,0	0	20
Mejoran	0	20,0	66,7	11,1	16,7	0,0
Sin cambio	30	40,0	33,3	38,9	66,7	80
Empeoran	0	0,4	0,0	0,0	16,7	0,0

CONCLUSIONES

El principal problema para interpretar los resultados anteriores es el elevado porcentaje de pérdida y abandonos experimentados durante el seguimiento de los pacientes en este estudio naturalístico. Esta alta atrición, por otra parte, es un elemento que debe tomarse en cuenta, ya que parece ser una constante en los servicios públicos de salud mental: el promedio de atenciones ambulatorias en casos tratados en el nivel especializado está entre dos y tres. Olivos (2007) ha documentado el mismo hecho en su práctica privada, donde el promedio de atenciones de sus 4.832 casos reportados en un seguimiento de treinta años fue de 9 atenciones. Sin embargo 2.557 pacientes (un 52,3% del total) asistieron entre una y tres veces. Esto muestra que la atrición encontrada en este estudio no es diferente de otros en nuestro medio.

Parry, analizando el caso del Servicio Nacional de Salud (NHS) inglés, señala que un sistema de investigación en psicoterapia en un sistema público de salud, debiera financiar la investigación en psicoterapia en diversos niveles y en forma adecuada; sus resultados debieran ser revisados sistemáticamente para ser difundidos entre los terapeutas; éstos debieran conocer los métodos de investigación en psicoterapia, la evidencia existente y sus limitaciones. Debieran explicitarse, según esta autora, las guías clínicas, los protocolos y algoritmos, las auditorías clínicas y las evaluaciones continuas de resultados, así como los *case mix*, los procedimientos, la base de evidencia y los resultados de cada servicio. En la medida que esto sucediese, los pacientes podrían ser referidos al servicio más apropiado. En el caso chileno, falta para estar en esta situación. Sin embargo, este trabajo presenta evidencia mostrando que es posible, a pesar del número elevado de abandonos, detectar tendencias que llevan a concluir que los tratamientos realizados en unidades clínicas públicas son no solamente efectivos sino eficientes, al conseguir, con un número limitado de sesiones, mejoría importante. Aún más, es posible concluir que las intervenciones psicosociales tienen un impacto positivo, que en algunos casos es superior al de las intervenciones psicofarmacológicas.

En estudios posteriores es necesario separar en forma más detallada aquellos casos que han recibido intervenciones psicosociales de los que reciben sólo tratamiento medicamentoso (así como los que reciben tratamientos combinados). Asimismo, es necesario aumentar el tamaño de las muestras de pacientes para poder llegar a conclusiones estadísticamente significativas.

REFERENCIAS

1. Barkham M, Mellor-Clark J. Rigor and relevance: The role of practice-based evidence in the psychological therapies. En: Rowland N, Goss S. *Evidence-based Counselling and Psychological Therapies*. Routledge, Londres, 2000
2. Calderón A, Florenzano R, Toloza P, Zúñiga C, Vaccarezza A. Evaluation of the treatment of patients with severe depression, in a psychiatric service in a public hospital in Santiago, Chile. *World J Biol Psych* 2007; 8(S1): 104-105
3. Correa J, Florenzano R, Rojas P, Labra JF, Del Río V, Pastén JA. El uso del Cuestionario OQ 45.2 como indicador de psicopatología y de mejoría en pacientes psiquiátricos hospitalizados. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2006, 44 (4) 258-262
4. Cruz C, Florenzano R, Lara C, Vaccarezza A, Hirdes J, Pérez E, Trapp A, Riedel K. Estudio piloto de la aplicabilidad de un sistema clínico internacional de medición de evaluación de calidad de atención en salud mental a pacientes psiquiátricos chilenos. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría* 2006; 6: 25-30
5. Florenzano R, Ortega P. Uso sistemático del Outcome Questionnaire (OQ-45.2) en la evaluación de resultados en distintos centros de atención de salud mental: Uso clínico y trabajo de investigación. Documento de Trabajo Universidad del Desarrollo, 2006
6. Florenzano R, Jiménez JP, De la Parra G. Psicoterapias Psicoanalíticas. En: Vidal G, Alarcón, R. *Psiquiatría*. Editorial El Manual Moderno, México, 2003.
7. Florenzano R. Evaluación de Métodos de Tratamiento del Alcoholismo: Consideraciones Metodológicas. *Cuadernos Médico-Sociales* 1984; 49-55
8. Florenzano R, Perales P, González I, Artero M, Del Río V, 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; 22 (1-2): 43-52
9. Hansen HB, Lambert MJ, Forman EV. The Psychotherapy Dose-Response effect and its implications for treatment delivery services. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2002; 9: 329-343
10. Jacobson NS, Truax P. Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *J Consult Clinical Psychology* 1991; 59: 12-19
11. Lambert MJ, Morton JJ, Hatfield D, Harmon C, Hamilton S, Reid RC *et al*. Administration and scoring manual for the Outcome Questionnaire-45. OQ Measures, Salt Lake City, UT, 2004
12. Lambert M. Presidential address: What we have learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcome in routine care. *Psychotherapy Research* 2007; 17(1): 1-14
13. Mueller RM, Lambert MJ, Burlingame GM. Construct validity of the Outcome Questionnaire: A confirmatory factor analysis. *J Personality Assessment* 1996; 70: 248-262
14. Olivos P. 30 Años de Consulta Psiquiátrica: Análisis de un Registro de Casos. Presentado a 9º Congreso Chileno de Psicoterapia, Reñaca, Chile, Agosto 2007
15. Parry G. Evidence based psychotherapy: an overview. En: Rowland N, Goss S. *Evidence-based Counselling and Psychological Therapies*. Routledge, Londres, 2000
16. Retamal P, Florenzano R, Vaccarezza A, Chamorro X, Armijo I, Leighton C, Espinoza MT. Evaluación del Tratamiento de Depresiones Severas: Un Estudio en un Centro Especializado de Referencia. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría* 2006; 6: 18-24
17. Shadish W, Navarro A, Crits-Christoph P, Jorm A, Nietzel M, Robinson L *et al*. Evidence that therapy works in clinically representative populations. *J Consulting Clinical Psychology* 1997; 65: 355-365

18. Vitriol V, Ballesteros S, Florenzano R, Schwartz D. First month evaluation of the cost-effectiveness of a protocol to treat women with severe depression and antecedents of childhood or adolescent trauma, in a public hospital in Chile. *World J Biol Psych* 2007; 8(S1): 108
19. Von Bergen A, De la Parra G, Del Río V. Primeros hallazgos de la aplicación de un instrumento que mide resultados psicoterapéuticos en una muestra de pacientes y de población general: Preliminary Findings. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2002; 40(3): 201-209
20. Wiersbicki M, Pekarik G. A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice* 1993; 24: 190-195

INVESTIGACIÓN

TRAUMA PSÍQUICO TEMPRANO EN HIJOS DE PERSONAS QUE HAN SIDO AFECTADAS POR TRAUMATIZACIÓN DE ETIOLOGÍA SOCIAL¹

(Rev GPU 2008; 4; 1: 118-128)

Elena Gómez

La pregunta central que trata de responder esta Tesis Doctoral en Psicoanálisis es acerca del trauma psíquico temprano (antes de los dos años, es decir, previo a la adquisición del lenguaje) en aquellos(as) hijos(as) cuyos padres fueron objeto de extrema violencia, originada en los procesos sociales y políticos que caracterizaron a la sociedad chilena por un largo periodo. Esta Tesis se inicia con el relato de un Caso Clínico y a través de él se busca generar hipótesis psicoanalíticas acerca del desarrollo emocional temprano en estas personas. La primera cuestión teórica que se aborda es la discusión que ha existido en el psicoanálisis respecto de experiencias traumáticas que se han originado en contextos de persecución. Lo anterior necesariamente conduce a una revisión del concepto de trauma al interior del psicoanálisis. Se le da mayor énfasis a aquellas teorías que puedan responder más adecuadamente a lo que sucede cuando se interrumpe la relación permanente entre padres e hijos. Las investigaciones actuales provenientes de la neurociencia respecto de la vida emocional temprana y de la memoria son consideradas como un campo del conocimiento que el psicoanálisis debe tener en cuenta. La autora plantea la noción de Trauma Relacional Temprano como un tipo específico de experiencia en el que se refleja el efecto en los hijos de las traumatizaciones de los padres.

¹ Este artículo es una versión realizada sobre la presentación hecha por la autora ante la asociación psicoanalítica chilena (APCH).

INTRODUCCIÓN

Al enumerar los problemas medulares cuyo surgimiento y resolución significaron un rumbo en el desarrollo de esta tesis, surgen los siguientes:

1. La cuestión de cómo se entiende la investigación en psicoanálisis².
2. El tema de la inclusión de la clínica en una investigación psicoanalítica.
3. El “uso” de las teorías psicoanalíticas, es decir, el tema de la elección de ciertos paradigmas y el necesario abandono de otros.
4. La incursión en otras miradas diferentes al psicoanálisis clínico, llevando hacia esos otros campos la pregunta central de esta Tesis³.
5. La cuestión de los planteamientos del psicoanálisis cuando se trata de experiencias traumáticas que se derivan de acciones específicas provenientes del contexto social.

Comencé esta tesis doctoral con un Estudio de Caso Clínico cuyo objetivo fue describir una experiencia clínica particular y generar a partir de ella una reflexión teórica al interior del psicoanálisis.

Se trató por tanto de una investigación en psicoanálisis que considera a éste como una ciencia interpretativa, que usa conceptos dirigidos al reino de los significados, lo que significa que la comprensión psicoanalítica es entendida como un proceso de diálogo entre dos universos personales. Desde este planteamiento, investigar acerca del hombre implica que hay que considerar el campo de intersubjetividad que está en juego, es decir, el nexo complejo entre el sujeto que investiga y el sujeto investigado.

El grupo de interés para esta tesis fue la generación de jóvenes que nacieron o eran de muy corta edad —es decir hasta los dos años— cuando sus padres fueron objeto de una extrema violencia, cuya causa se inscribe en los procesos sociales que caracterizaron a nuestra sociedad por un largo período (1973-1990)⁴.

² La metodología cualitativa del estudio de caso clínico es considerada como una de las que existen en el campo de las ciencias humanas.

³ La investigación en psicoanálisis tiene un doble desafío: el de mantener su carácter de ciencia humana y a la vez sostener el diálogo con otras disciplinas, sobre todo cuando el ámbito es el universitario.

⁴ Esta aseveración de que existe una población afectada es sustentada en esta tesis a través de fuentes tales como la Comisión Verdad y Reconciliación (1990); la Comisión

Específicamente se trata de situaciones familiares, en las que en el tiempo en que un hijo se encontraba por nacer o era muy pequeño, uno o ambos padres fueron detenidos y torturados; o uno de los padres fue detenido y desapareció o fue detenido y ejecutado.

Un número importante de estos jóvenes consulta en la actualidad por motivos de sufrimiento personal, sin embargo la mayoría de ellos no establece de manera espontánea una relación causal entre sus problemas actuales y el hecho de ser hijos de personas que han sufrido alguna de las experiencias traumáticas antes señaladas.

Se trata habitualmente de jóvenes que no presentaron problemas ni en la infancia ni en la pubertad, pero que en determinados momentos de su temprana juventud comenzaron a experimentar fracasos personales, especialmente en aquellas tareas relacionadas con la individuación y la autonomía, fracasos que se pueden expresar con llamativa intensidad.

En estos casos no se trata estrictamente de una segunda generación ya que en muchos aspectos ellos fueron directamente afectados (y por lo tanto serían una primera generación), pero el acento de esta investigación está puesto en las características de las relaciones que rodearon la temprana niñez de estos jóvenes, ya que en la experiencia clínica surgen preguntas acerca de cómo una experiencia traumática de esta naturaleza, al ser experimentada por los padres, afecta a los hijos, y también de qué manera este efecto se manifiesta y es observable en la actualidad. Lo que se ha intentado es *comprender desde el psicoanálisis* lo que sucede en la relación entre padre-madre e hijo(a) en estas circunstancias, considerando que los primeros se encuentran inmersos en situaciones de intenso sufrimiento por sí mismos o por el otro miembro de la pareja, a la vez que están en el ejercicio de la función parental.

EL CASO CLÍNICO

Daniela

*“siento que se abrió algo que no puedo parar.....
siento que se está rompiendo una coraza que yo tenía para funcionar.....”*

sobre Prisión Política y Tortura (2004) y las provenientes de ILAS (Instituto Latinoamericano de Salud Mental y Derechos Humanos), en la que registra que en los últimos 3 años, un 22% de la población consultante pertenece a la categoría de este estudio.

La que me dice esto es Daniela, una joven que fue mi paciente en ILAS entre los años 1999 al 2004. La situación específica que la motiva a consultar es la presencia de ataques de pánico. En el momento de la primera consulta me encuentro con una joven de rostro fino y agradable, quien tiene en ese momento 23 años, pero que se encuentra en un estado de intensa angustia, con la sensación de que la locura es inminente.

Daniela tiene su primer ataque de pánico después de una violenta discusión con un profesor de su universidad quien niega de modo burlesco la existencia de los detenidos-desaparecidos.

Al comenzar el tratamiento voy conociendo su historia y la atmósfera relacional en la que Daniela creció y me doy cuenta que en su vida la muerte y la destrucción habían sido determinantes. Siendo la segunda hija de una pareja de jóvenes profesionales, en el año 1977, cuando ella tenía un año de edad, su padre fue detenido y es un desaparecido hasta la actualidad. La casa de Daniela es allanada violentamente la noche en que su padre desaparece y en esta circunstancia su madre es amenazada con ser detenida por lo que ésta decide dejar a sus dos hijos en casa de los abuelos. Un mes más tarde la madre es detenida, permaneciendo casi un año (10 meses) separada de sus dos hijos. Daniela tenía un año y once meses de edad cuando vuelve a ver a su madre. El regreso de ésta restablece parcialmente a la familia, aún cuando la madre ya no es una madre cualquiera sino una sobreviviente, que vuelve después de haber experimentado la tortura.

Para Daniela su vida cambió dolorosamente y estuvo luego 12 años en países de exilio regresando a los 14 años de edad. Presentó desde los dos años de edad una dermatitis atópica⁵, enfermedad que se ha mantenido presente desde entonces, pero a la cual no le ha dado ninguna importancia, dando la sensación de que su cuerpo no existe o no importa.

En el momento en que la conozco y respecto de su padre, Daniela siente que es su madre la que ha reco-

pilado los testimonios de las personas que estuvieron con él y es la que ha iniciado varios juicios en relación al desaparecimiento. Ella se siente muy solidaria con su madre, la acompaña a los juicios pero se mantiene en un segundo plano, a cierta distancia, que es la misma (distancia) con la que se relaciona con la imagen de su padre. Habla muy poco de él, y lo hace sin angustia, con un discurso racional e inexpressivo, lo que me produce la sensación de un vacío más que de una ausencia. Me parece que su padre es un espacio en blanco, un salto de página que aparentemente no ha dejado huellas en las emociones.

La relación de la paciente con su madre es calificada (por ella) como “buena”, aun cuando para que se mantenga esta buena relación Daniela refiere que sólo ocasionalmente le muestra a su madre sus verdaderos sentimientos y tiende más bien a ser reservada, en una actitud que busca deliberadamente la armonía. Se siente con una gran dificultad para contradecir a su madre y le da temor decepcionarla en cualquier aspecto. Siente que le debe “ir bien en la vida”, que debe “ser feliz” y que eso es “lo único” que a su madre le haría bien.

Daniela describe a su madre como una persona ansiosa, que necesita imperiosamente saber lo que a ella le pasa. Y frente a este modo de relacionarse de la madre con ella, la paciente ha desarrollado a lo largo de su vida una permanente estrategia para “no decir lo que no debe”, para “no mostrar” lo que sabe que a su madre no le gusta. El estilo relacional de la madre –*de estar presente en todo*– es rechazado por Daniela, pero este sentimiento le provoca culpa y ambivalencia.

Cuando comenzamos nuestra relación se hizo manifiesto que el peso sobre Daniela había sido enorme, que había crecido entre el dilema irresoluble de la desaparición-ausencia-vacío del padre y la excesiva presencia de la madre.

Daniela siempre supo de la historia represiva de sus padres, sin embargo existía en este conocimiento una cualidad especial: se trataba de una excesiva naturalización de lo ocurrido. Para Daniela cuando niña decir que su padre era un detenido-desaparecido paradójicamente no tenía un significado real, era más bien una descripción vacía de significado, una categoría equivalente a otras, y sólo desde esta dramática forma de vaciar el significado de las experiencias traumáticas es que Daniela había podido llevar una vida *normal*: “yo siempre lo supe y era como que siempre había sido así, cuando niña en el colegio (en un país de exilio) yo decía mi papá es un detenido desaparecido así como otro decía mi papá es médico”.

Estrechamente ligado a este modo familiar de vivir lo traumático, Daniela creció con un gran temor a la

⁵ La dermatitis atópica es una enfermedad que afecta a la piel; se caracteriza por lesiones con enrojecimiento, prurito intenso y resequedad en diferentes partes del cuerpo. Tiende a la conicidad y la recurrencia, presentándose en brotes agudos de tiempo e intensidad variables. Se trata de una enfermedad en la que están implicados múltiples factores y en su patogenia influyen factores hereditarios, ambientales e inmunológicos. Las características clínicas del eczema atópico pueden presentarse en cualquier momento de la vida del paciente, aunque en la mayoría de las ocasiones los primeros síntomas y signos aparecen durante la primera infancia.

violencia y a la agresividad, a la propia y a la de otros, desarrollando un estilo de vida durante la infancia y adolescencia que le permitieron mantenerse alejada de esta emoción.

Es innegable que al conocer su historia surge la posibilidad de darle un significado a su motivo de consulta. Se hace evidente la estrecha relación entre la vívida sensación de pérdida de control del ataque de pánico y el deseo de responder violentamente a la agresión que experimenta. Para la paciente violencia-agresividad-locura y terror se habían transformado en equivalentes en su mundo interno y relacional. El pánico experimentado como ataque era análogo al terror y a la locura. Pero ¿de qué terror se trataba y de qué locura?

En los inicios de la relación terapéutica surgió claramente un estilo relacional en el que ella necesitaba comprobar que no sería sometida e invadida (como se sentía en la relación con su madre), predominando una forma “temerosa” de relacionarse conmigo y produciendo una influencia en mi actitud hacia ella, que me permitió esperar y darle tiempo, es decir, predominó el respeto por su desconfianza para permitir la construcción conjunta de un modo de relacionarnos. Sólo cuando salvamos con éxito este primer momento es que se hicieron posibles las vivencias que se sucedieron.

En el tratamiento de Daniela hay dos hitos relevantes. El primero de ellos es aquel cumpleaños de Daniela en el que su edad es la misma que tenía su padre cuando desapareció. En esos días su madre la llama y le cuenta que por primera vez es muy posible que su padre sea identificado en nuevos hallazgos de osamentas que han aparecido. Para ella esta conjunción de hechos tiene el efecto de conmocionarla afectivamente y se produce por primera vez un cambio en la forma de referirse a la ausencia de su padre. Comienza a ser vivenciada la experiencia de “falta” y este cambio que comienza a dibujarse en su horizonte de vida le provoca gran angustia, la que va asociada a la sensación terrorífica de que perderá la razón y de que no será capaz de vivir esa realidad. En este momento de la relación con ella me siento muy cercana a sus sentimientos y el clima relacional es de una gran intensidad afectiva.

La manifestación de esta correspondencia produce en ella un despliegue de sus emociones en relación a la ausencia de su padre y de la tarea de “sostener” a su madre. La pérdida de su padre –siempre conocida pero nunca experimentada– surge entonces como infinita, como irresoluble pero llena de emociones tan vitales como el reconocimiento de la falta que tuvo de él en su vida. La circunstancia en que se encuentra su padre, la de ser un *desaparecido* es la locura. El desvarío, es la muerte no confirmada. El sin-sentido es la condena a

una vida imaginaria de su padre. Es en este especial clima de resonancia afectiva en que es posible que la temida “locura” fuese redefinida.

En esta etapa del tratamiento Daniela se acercó emocionalmente no sólo al duelo imposible de su padre sino al duelo posible por aspectos de su propia vida que habían permanecido disociados defensivamente. El mundo de sus relaciones infantiles se transformó, ya no era más un lugar vacío de significados sino, muy por el contrario, emergieron sentimientos de pena y de rabia por la historia que le tocó vivir. Las experiencias traumáticas de la historia de su vida comenzaron a estar presentes, ya no se trataba de una situación natural ni de una vida normal sino de darse cuenta que siempre en su vida había existido una profunda huella.

Daniela durante el tratamiento había cambiado de carrera universitaria a una que le producía mayor gratificación personal, contradiciendo los deseos de la madre de que estudiase una profesión tradicional. Además estableció una relación de pareja, iniciando una vida de mayor autonomía. Al cabo de tres años la pareja decide embarazarse, naciendo su primera hija.

Un segundo hito, que considero como central, es el que se desarrolla durante el periodo cercano al primer año de vida de su hija. Desde algunos meses previos tenía una sensación de miedo que no lograba explicar, presentía que “algo malo” iba a suceder, que su hija no iba a estar bien cuidada. Una atmósfera de temor exacerbado y de expectativas de daño predominaba en sus vivencias.

Es así que el especial momento en el que su hija tiene la misma edad que ella tenía cuando su padre desaparece, la sorprende inquieta e insegura.

Desde el nacimiento de su hija, las observaciones constantes de la relación entre su hija de un año de edad y su padre la conducen a pensar en su propia experiencia infantil. “Me doy cuenta de que mi hija entiende muchas cosas a su edad y entonces pienso que yo tengo que haber entendido y mucho lo que estaba pasando y que en algún lugar de mi memoria lo tengo guardado, o sea que me di cuenta y en alguna parte registré, que se desarmó todo de repente y que me quedé sin papá.... Sin papá y sin mamá”. “Pero también me doy cuenta de que ella (su hija) reconoce a su papá, lo llama, le encanta que él la tome en brazos, eso quiere decir que yo sí conocí a mi papá. Siempre dije que yo no lo había conocido, que sólo tenía un papá imaginario y ahora me doy cuenta de que no fue así, que lo tuve y lo perdí.”

Es en estas especiales circunstancias en las que una noche se despierta a mitad del sueño y tiene la sensación terrorífica de que se encuentra reviviendo una

sensación invasiva en su cuerpo, no puede moverse, ni gritar, ni llorar, sólo sentir el espanto inmovilizador, sólo el terror. Este momento de su tratamiento fue considerado como aquel en el que surge el verdadero terror de Daniela manifestado en memoria corporal como las huellas de la ruptura de su mundo relacional. A través de esta experiencia de terror ella puede pensar que en su vida infantil hubo un momento que determinó el fin de una etapa y el comienzo de otra llena de muerte y persecución.

A partir de la experiencia que Daniela tiene durante el revivir de aquella noche de terror, éste deja de ser fantasmático, se trata de un terror que ha estado con ella desde su primer año de vida, pero que a la vez es el más fehaciente registro de lo que pasó en su mundo más cercano, en su padre, en su madre y en su hermano. Este terror fue modelado al calor de las más intensas relaciones con sus padres y podemos suponer que (el terror) fue también el más puro sentimiento de su padre al ser detenido y ¿muerto?, y de su madre al ser torturada. Terror que experimentaron por ellos mismos y por sus hijos. En Daniela el terror es memoria. Su memoria es acerca del terror.

CONSIDERACIONES TEÓRICAS

Las preguntas que surgen en el caso clínico de Daniela son múltiples. Me interesaron las siguientes:

1. Cuál es la discusión que ha existido en psicoanálisis respecto de las experiencias traumáticas que se han originado en contextos de persecución y qué observaciones se han hecho acerca de lo que ocurrió en los hijos de las personas más directamente afectadas, es decir en aquellos que eran muy pequeños o que nacieron posteriormente.
2. Cuáles son las discusiones que han existido respecto del concepto de trauma al interior del psicoanálisis.
3. Qué teorías pueden responder más adecuadamente a lo que sucede cuando se interrumpe la relación permanente entre padres e hijos, es decir, qué modos de comprensión psicoanalíticas son útiles cuando se observa en los(las) hijos(as) experiencias traumáticas que están en directa relación (es decir son efectos) con la imposibilidad de disponer de los padres.
4. Qué nos puede decir la neurociencia actual acerca de la manera en que quedan guardadas las experiencias tempranas. Cómo es posible acceder a ellas y qué papel juegan las manifestaciones somáticas en la memoria de estas situaciones.
5. Cuál es la noción de sujeto en psicoanálisis que nos facilitaría entender la constante interacción entre sucesos sociales y el devenir de la subjetividad. Cómo ha respondido el psicoanálisis a esta cuestión.
6. Cuál es la posibilidad de plantear que en el efecto en los(las) hijos(as) de personas severamente traumatizadas se encuentra un modo particular y específico de registro de una traumatización, el que correspondería a la noción de Trauma Relacional Temprano.

Respecto del Psicoanálisis y Experiencias de Persecución

Esta pregunta me remitió directamente a la búsqueda de lo que respecto del Holocausto se había escrito en Psicoanálisis. Son numerosos los trabajos que hasta la actualidad intentan la comprensión de lo que sucedió con las personas que vivieron esta experiencia de persecución, aun cuando es dable hacer notar que el interés del psicoanálisis no surgió de inmediato sino con el transcurso de los años.

Respecto de los directamente afectados por la experiencia del Holocausto, Henry Krystal es el primer autor que en 1965 plantea que circunstancias extremas de traumatización producen cambios de larga data en las personas que lo sufren, siendo el problema principal el efecto psíquico que se produjo en ellos por la destrucción a la que estuvieron expuestos.

Para este y otros autores que realizaron estudios similares en los sobrevivientes de Hiroshima, la traumatización consiste en haber sido objeto de un inusual monto de agresión, lo que dejará consecuencias durante un tiempo imprecisamente largo. El mecanismo principal que subyace a la sintomatología dice relación con el sentimiento de culpa, es decir, con el sentimiento de que la vida personal sólo fue posible por la muerte de otros. Los duelos no resueltos son descritos como la posible causa de que los sobrevivientes estén ligados a la muerte y al pesar. A su vez, la necesidad de dar alivio a los sentimientos de culpa daría lugar a defensas masoquistas y a verdaderos cambios en la personalidad futura. Esta última es otra de las constantes afirmaciones que hacen los autores que se han dedicado al tratamiento de grupos de sobrevivientes.

Surge así la noción de Trauma Psíquico Masivo, la que ha motivado una serie de interrogantes, siendo las que me han parecido más interesantes aquellas respecto de la interrelación entre trauma y memoria y aquellas que sorprendieron a los propios tratantes y que dice

relación con la constante presencia de síntomas y enfermedades psicósomáticas en estas personas.

La literatura psicoanalítica ha comenzado a dar a luz proposiciones respecto de la segunda y de la tercera generaciones, lo que sin duda habla de que ya no se discute el hecho de que se trata de experiencias que se transmiten de algún modo a los descendientes.

Esta aseveración acerca de la transmisión transgeneracional no era tan frecuente hace 35 años y fue la insistencia proveniente de la clínica la que permitió que surgiera la pregunta acerca de lo que hoy día nos pudiera parecer indudable⁶.

Lo que ha interesado al psicoanálisis desde el surgimiento de estas evidencias clínicas ha sido la cuestión de la repetición psicológica del trauma, es decir, de qué manera los hijos de los sobrevivientes repiten en sus vidas la traumatización de sus padres.

Al caracterizar las familias que sobrevivieron a la experiencia del Holocausto se plantea constantemente que habría problemas en la autonomía en los hijos, en dificultades con los sentimientos de culpa y con la agresión.

De las múltiples formas de comprender lo observado, una que me pareció destacable es la de Gubrich-Simitis (1979) y Herzka, NS. (1989) citados en Díaz, M. (1994), quienes plantean que la transmisión transgeneracional del trauma se expresa en la exigencia de cumplir con éxitos mandatos familiares que en la mayoría de los casos son contradictorios entre sí. Esto quiere decir que la segunda generación debe ante todo ser el puente hacia la vida de los padres, lo que implica hacerse cargo de ellos, haciendo por tanto imposible su propia autonomía. La segunda generación debiera con sus propias vidas demostrar que el daño como tal no dejó más huellas que las que los padres puedan manifestar y es este imposible cumplimiento de mandatos lo que determinaría que el trauma quede incesantemente presente en la vida de los hijos.

⁶ En un estudio publicado en 1976 por Axeirod y Schnipper, seis niños, hijos de sobrevivientes del Holocausto, fueron admitidos como pacientes psiquiátricos y permanecieron hospitalizados durante un periodo variable entre 4-26 meses en el centro médico Hillside de Long Island (N.York). En un periodo posterior se estudiaron 30 casos y en la mayoría de ellos los jóvenes, al presentar sintomatología psiquiátrica, tenían la misma edad que sus padres en el momento de la experiencia del Holocausto. El diagnóstico de ingreso en casi todos los casos fue de Esquizofrenia paranoide, lo que motivó a pensar en hipótesis psicodinámicas, como reacciones de aniversario y a preguntas acerca de la repetición de un Trauma Psíquico.

La interrogante de qué sucede en los hijos cuando los padres llevan consigo el recuerdo de una traumatización severa pasada conduce a plantearse que estas experiencias dan forma a la representación interna de la realidad y modelan las relaciones interpersonales.

Respecto del Psicoanálisis y las Teorías de Trauma

El gran aporte de la teoría psicoanalítica para la comprensión de situaciones extremas es la noción de quiebre y ruptura que encierra el concepto de trauma. En las menciones de autores que haré a continuación y que fueron considerados en esta tesis, no se trata de una enumeración exhaustiva de todas las teorías psicoanalíticas sino de una intencionada selección de aquellos autores que desde mi inquietud consideré pertinentes, por lo tanto hay perspectivas incluidas y otras que no lo están. Me han interesado ciertas teorías psicoanalíticas, en especial aquellas que le otorgan una explícita importancia a la relación entre padre e hijos, es decir, aquellas que le asignan un papel importante al otro en la constitución de las experiencias y eso lo encontré en las teorías relacionales e intersubjetivas y en aquellas que dieron origen a estas últimas⁷.

En S. Freud, el concepto de trauma está presente como una noción que sufre modificaciones en distintos momentos de su teoría. Los conceptos que se articulan a la noción de trauma son diversos.

En un inicio en el periodo que corresponde a "Estudios sobre la Histeria" (1893-1895) se le asigna un papel causal al trauma en la histeria, se trata entonces de un momento en el que Freud plantea una Etiología traumática de las neurosis. El trauma originario corresponde en un primer tiempo a una tentativa de carácter sexual, la cual sólo alcanza su forma traumática en un segundo tiempo cuando se evoca la situación originaria por asociación. La equivalencia, por tanto, era entre trauma y trauma psíquico sexual infantil.

Es la resignificación "a posteriori" (*nachträglich*) la que produciría la represión propiamente tal y de ella dependería la formación de síntomas neuróticos.

⁷ De S. Mitchell (1993) cito lo siguiente: "Las teorías no son datos, observaciones ni descripciones: son esquemas organizativos, son maneras de disponer los datos, las observaciones y las descripciones. ¿Para qué elegir? Se pregunta el ecléctico. ¿Por qué no conservar todas las teorías por su posible utilidad? Al mezclar teorías puede lograrse una riqueza, una sutileza o también un conjunto discordante de fragmentos, una serie de perspectivas parciales que no configuran una visión más amplia y coherente. Aunque elegir es difícil, a veces es imprescindible".

A raíz del estudio de las Neurosis de guerra, o “neurosis traumáticas” (1917), plantea que un suceso externo puede producir alteraciones específicas en la vida del individuo. Esto lo lleva a plantear posteriormente que estímulos de gran intensidad pueden romper la barrera antiestímulos (efracción) y provocar en el aparato un tipo de funcionamiento que caracteriza como “Más allá del principio de placer” (1920).

Finalmente en lo que ha sido denominado como la segunda teoría de la angustia, Freud diferencia una situación traumática de una situación de peligro. En la primera el aparato no se alcanza a preparar y es invadido por montos de angustia que son traumáticos; en el segundo caso es posible prepararse y el carácter de la angustia es el de la angustia-señal, la que no sería traumática.

Sin embargo, la noción freudiana del “a posteriori” (*nachträglich*) –que apunta a la temporalidad y causalidad psíquica– es un gran aporte para comprender algunas de las preguntas que surgen en experiencias traumáticas de gran impacto emocional y de efectos a largo plazo.

En sucesivos artículos S. Ferenczi (1931, 1934, 1949) destaca la necesaria participación del objeto en el origen del trauma, al punto que plantea la idea de que para que el traumatismo se vuelva patógeno debe ocurrir una falla en la respuesta del medio a la conmoción psíquica del niño y posteriormente a sus efectos. Le da especial importancia a lo que ocurre en el niño cuando es agredido y plantea que la ansiedad lo lleva a someterse como un autómatas, a adivinar los deseos del agresor y a gratificarlos. Al describir la introyección (en el uso especial que le da este autor) del sentimiento de culpa del agresor, se facilita la comprensión de que cuando el niño se recupera del ataque, se siente confuso, dividido, inocente y culpable a la vez.

Es la negación de lo ocurrido por parte de los adultos la que fuerza los mecanismos de escisión (narcisista del yo), con fragmentación, atomización, y pérdida del sentimiento de sí mismo.

El trauma para este autor tiene dos tiempos. El segundo momento se activaría en función de la negación que proviene de los padres o adultos que rodean al niño.

M. Balint (1979) considera que es la falta de ajuste entre la madre y el niño la que produciría efectos posteriores en el yo. La huella que deja el medio al que recurrió el yo para sortear la experiencia queda inscrito como una “Falta Básica”, noción que este autor hace análoga al trauma. En relación al trauma sexual infantil, pone especial énfasis en el carácter de la relación

previa entre el niño y el adulto. Es esta relación la que es rota tanto por el daño que proviene de ella como por el desconocimiento que el adulto hace de ella (trauma sexual infantil ocurre en tres tiempos), destacando la relación de dependencia con el objeto que traumatiza, de ahí la gran importancia de la reacción posterior de éste.

Para D. W. Winnicott (1949, 1956, 1960, 1965, 1971), el trauma es una falla relacionada con la dependencia, entendiendo ésta como ineludible en los primeros momentos de la vida humana. La principal consecuencia de estas fallas, cuando son prolongadas en el tiempo, será una interrupción de la continuidad de existir y la huella que ésta deja es una necesaria organización defensiva frente a ella, el falso self. Cuando estas fallas ocurren en un periodo temprano no quedarán registradas como experiencias sino que quedarán “catalogadas” a la espera de un momento posterior que haga posible su aparición.

La idea de trauma es central en su teoría, se basa en la idea de que la familia representa para el niño en desarrollo una protección contra el trauma.

Lo que ocurre en el desarrollo del self frente a la acumulación de intrusiones o rupturas es que se obstaculizan los procesos integradores, los que en condiciones favorables conducen al establecimiento de un self que logra existencia psicósomática y que desarrolla la capacidad para relacionarse con objetos.

Lo que se experimenta posterior al trauma es el miedo al derrumbe, entendiendo por derrumbe a “ese estado de cosas impensables que está por debajo de la organización de las defensas”.

M. Khan (1963) sigue el desarrollo de las ideas de Winnicott y plantea que una falla del medio no sería de por sí traumática a no ser que se acumulen en el tiempo y ocurran en etapas centrales del desarrollo. Este autor propone el concepto de trauma acumulativo, en el que está implícita la idea del papel de la madre como el de un “escudo protector” tanto de los estímulos externos como internos. La idea de “trauma acumulado” apunta a que lo que no ocurre es una adecuada reparación.

En J. Bowlby y la teoría del apego, que desarrolla el concepto de trauma es un elemento central en este paradigma teórico. Este autor propone que la pérdida de la figura parental es la de una figura de apego y ésta tiene efectos nocivos sobre el niño. Dichos efectos nocivos estarán en directa relación con la calidad de dicha relación, es decir, son dos los factores que tendrán importancia en lo traumático: el primero es la disponibilidad (o su ausencia) de la figura de apego, y el segundo, la calidad de la relación con dicha figura.

Hacia el final de su obra Bolwby planteó que si bien tiene gran importancia la relación interpersonal del niño con la persona que representa a su figura de apego, es también crucial la internalización que el niño hace de las características del vínculo con su figura de apego y que corresponde a lo que denominó modelos representacionales internos.

R. Stolorow y G. Atwood (1992, 2003), exponen conceptos vinculados con el trauma dentro de un proceso relacional como lo es el desarrollo del niño. Y proponen que las situaciones traumáticas se generan en las tempranas y fallidas interacciones entre el bebé y el contexto intersubjetivo que lo rodea, el que debería ser contenedor y regulador, sobre todo cuando éste experimenta emociones intensas. La “falta de sintonía” con los afectos dolorosos del niño hace que éste experimente un afecto intolerable, el que queda como un principio organizador de su experiencia y que por lo tanto podrá emerger frente a nuevas y futuras experiencias. Estos autores también describen el trauma en dos tiempos. El resultado del trauma sería un estado de desorganización, de desintegración, de invasión de afectos impensables e insoportables.

Respecto de la relación entre Psicoanálisis y Neurociencia⁸

En la actualidad un nuevo campo, el del neuropsicoanálisis, ha centrado sus esfuerzos en la identificación de los sistemas cerebrales que están implicados en el desarrollo de los dinamismos inconscientes y se puede observar un acercamiento entre estos dos campos tan diversos del conocimiento de la naturaleza humana.

Entre los neurobiólogos cuyas investigaciones han destacado se encuentran A. Damasio (1994); E. Kandel (2001); J. Pankseep (1998); M. Solms (2004); F. Levin (2005); AN. Schore (1994); R. Rally (1997). Todos ellos usan la teoría freudiana de una manera amplia pero se pueden diferenciar distintos énfasis entre estos distintos autores.

El camino que he intentado es el de poner a discutir los hallazgos de la neurociencia afectiva y en especial aquellos que interesan para el trauma infantil. Y es así que he destacado

⁸ Una mirada en otros campos del conocimiento considerando que nuestro interés es la cuestión de las experiencias traumáticas tempranas, nos conduce a interesarnos por lo que desde la neurociencia ha sido puesto en evidencia.

A. El desarrollo de los Circuitos cerebrales

De los circuitos cerebrales lo más interesante son dos conceptos.

1. Estos son conjuntos de neuronas que se caracterizan por activarse al unísono cuando se conectan con estímulos externos. Y para su formación dependen de los factores ambientales, tienen periodos de “ventana” en el que se forman o se pierden. Son mediados por sustancias.
2. Se han descrito diversos circuitos cerebrales (aportes de Pankseep, 1998): de cuidado maternal y nutrición, del juego, pero el que más interesa a nuestros fines es el circuito de apego-pánico, el que hasta ahora es un circuito de dos caras y para este circuito se plantea que los mediadores que inhiben la angustia de separación son los que promueven el apego. Estos circuitos de pánico provienen –en la evolución– de aquellos sistemas propios del dolor. Sus sustancias mediadoras son los opiodes cerebrales. De lo anterior es posible plantear que el ataque de pánico proviene de una intensa activación del sistema que media la angustia de separación.

B. Las emociones y sus centros regulatorios

Respecto de las emociones, se debe considerar:

1. Que reflejan la interacción dinámica entre centros cerebrales superiores y regiones subcorticales, es decir, están simultáneamente participando las respuestas autonómicas periféricas (mediados por estructuras subcorticales, en especial por el hipotálamo) como los centros corticales superiores. (Planteamiento de Kandel, 2001)
2. Que las emociones pueden ocurrir independientemente de los sistemas cognitivos, es decir pueden ser generadas inconscientemente (éste es un planteamiento hecho por Le Doux (1996), quien incluso discute la existencia del denominado Sistema Límbico, pues plantea que las emociones no se encuentran localizadas en ningún sistema específico sino que participan una multiplicidad de ellos). Los estudios de Le Doux dieron origen a la descripción para la emoción del miedo de un circuito directo, circuito corto, que realiza un bypass de la corteza y que va desde el tálamo a la amígdala.

Esto también tiene implicancias respecto de la memoria (de una emoción), ya que este autor plantea

que para que seamos conscientes de una emoción (y estemos ante la presencia de un sentimiento) éstas se deben representar en un tipo de memoria (*working memory*) pero esto no siempre ocurre, de ahí que pueda existir una memoria emocional inconsciente y una memoria emocional consciente y ambas estar desconectadas.

C. La memoria en las experiencias infantiles.

El estudio de las emociones va de la mano del estudio de la memoria.

1. Existen diferentes tipos de memoria. Cada una de ellas relacionada con diferentes estructuras cerebrales.
2. La amígdala, estructura subcortical muy activa desde el nacimiento, puede dar origen a formas de memoria implícita frente a emociones como el miedo.
3. El hipocampo es una estructura subcortical que madura más lentamente y recién está realmente disponible a partir de los 18 meses y juega un importante papel en la memoria explícita. Además es una estructura muy vulnerable al cortisol, es decir es vulnerable a las situaciones de alarma produciéndose daño y por ende efectos en la memoria.

Los cambios neurobiológicos propios de las experiencias traumáticas de la infancia que afectan a los circuitos neurales de angustia de separación, dejan huellas respecto del miedo que son memorizadas somáticamente, es decir, de manera no consciente.

Estos cambios tienen muchas posibilidades de activarse en la vida adulta bajo el impacto de exigencia emocional.

Los cambios fisiológicos y endocrinos que pueden ocurrir a consecuencia de tempranas experiencias que afecten bruscamente los estados habituales de regulación somática en que estaría un niño, pueden conducir a efectos somáticos o psicosomáticos.

Esto es especialmente relevante en las experiencias de separación ya que ésta (la separación) ha sido reconocida como un estresante neurobiológico que tiene efecto a largo plazo y la causa de dichos efectos estriba en la activación de los circuitos de pánico.

La memoria, por otra parte, es otro de los elementos que es afectado directamente por experiencias infantiles de carácter traumático, en especial quedando dichas experiencias registradas en la memoria somática, visceral, implícita y con mayores dificultades para acceder a la memoria explícita.

La respuesta a la pregunta central de esta tesis he planteado que se produce en el entrecruzamiento entre teorías de trauma infantil y teorías que le otorgan primordial importancia al contexto que rodea al niño en los dos primeros años de vida. Es decir, desde teorías que permiten una perspectiva intersubjetiva del trauma.

DISCUSIÓN

En la búsqueda de conceptos para poner en discusión y así lograr una comprensión coherente de lo que el caso de Daniela pone de manifiesto, he propuesto una noción de Trauma Relacional Temprano, en el que será predominante el efecto que tiene la atmósfera relacional en la que han crecido los hijos y en la que lo central es la memoria de la violencia y la muerte.

1. Esta noción de Trauma Relacional Temprano implica como primera consideración la situación específica del contexto parental. La violencia intencionada ejercida sobre los padres irrumpe disruptivamente, dejando la tarea ineludible para la familia de hacer memoria de lo traumático.
2. Esta noción de Trauma Relacional Temprano implica la articulación de conceptos que provienen de diferentes autores y de diferentes teorías, todas sin embargo insertas en aquellas que le otorgan importancia a las relaciones de dependencia del contexto parental, y que por lo tanto permiten entender los efectos en un niño que se encuentra en etapas tempranas de su vida:
 - a) el concepto de trauma (intrusiones que interrumpen la continuidad del existir) y de falso self, proveniente de la teoría del desarrollo emocional temprano de DW. Winnicott. El que nos permite entender las agonías primitivas que han estado presentes en la vida de Daniela y del mecanismo de "ocultamiento" de su verdadero self en aras de autoprotección y sobrevivencia.
 - b) el concepto de escisión, proveniente de la teoría del trauma de S. Ferenczi que nos permite entender la fragmentación de la experiencia infantil de Daniela y la necesidad de que dicha experiencia pudiese ser integrada experiencialmente.
 - c) el concepto de falla de sintonía empática proveniente de la teoría del trauma de los intersubjetivistas Stolorow y Atwood. Y que nos permiten subrayar que el efecto de una

experiencia traumática en un niño no depende solamente de la intensidad del sentimiento doloroso sino de la forma en que reacciona el contexto intersubjetivo que rodea al niño.

Considero que de estas tres teorías del trauma es posible pensar que el trauma no se constituye por la ocurrencia del hecho doloroso mismo sino por la incapacidad del contexto que rodea al niño de reconocer, de reflejar que un daño ha tenido lugar, quedando el niño en soledad con sus afectos.

¿Qué sucede con estas experiencias? ¿Cómo quedan registradas?

El concepto de inconsciente de los intersubjetivistas Stolorow y Atwood es que existen tres tipos de inconsciente. El inconsciente No Validado que describe aquellos aspectos de la vida subjetiva que nunca llegaron a convertirse en experiencia porque ellos nunca encontraron una respuesta de validación en el Ambiente emocional y por lo tanto nunca llegaron a ser totalmente reales para la persona.

Además de este inconsciente existirían dos tipos más: el inconsciente Dinámico, que corresponde al conjunto de configuraciones que no es posible asumir a la conciencia por sus asociaciones con un conflicto emocional, y el Inconsciente Prerreflexivo, que corresponde a los principios organizadores de la experiencia, que pueden ser positivos o negativos y son también inconscientes.

El concepto de trauma, expuesto en *Contexts of being*, implicaba que la esencia del trauma psicológico radicaba en la experiencia de un afecto intolerable. Esta intolerabilidad se basaba no solamente en la cantidad o intensidad de los sentimientos dolorosos evocados por un evento. Desde la perspectiva del desarrollo, los estados traumáticos debían ser comprendidos en términos del sistema relacional en el que tomaron forma. Lo traumático se produjo cuando la sintonía con las necesidades del niño de ser sostenido, contenido y modulado estuvieron ausentes.

Este concepto necesita según sus autores ser reformulado a través de introducir la idea de que no siempre es posible para el que experimenta una pérdida sentir las sintonizaciones de los demás a causa del profundo sentido de singularidad que se ha construido en la experiencia misma del trauma.

No es sólo que las personas traumatizadas y los normales viven en mundos diferentes sino que esa discrepancia es sentida como esencialmente inconmensurable.

El trauma para estos autores expone *el intolerable desencajamiento del ser*, lo que lo conduce a percibir aspectos de la vida que no están en el horizonte de comprensibilidad de los demás

3. para entender los efectos somáticos y psicossomáticos que con gran probabilidad estarían presentes en la infancia y en la vida adulta, esta noción de trauma relacional temprano implica la consideración de conocimientos tales como:

Desde un punto de vista descriptivo no se puede hablar estrictamente de una segunda generación en casos como el de Daniela, corresponde a primera y segunda generación precisamente por lo temprano del momento de la ocurrencia de las situaciones traumáticas y se puede describir al trauma en dos fases.

En primer lugar la experiencia directa que corresponde a lo que ella vivió al año de edad y que se caracterizó por situaciones de peligro y amenaza seguidas de una separación repentina y violenta de sus padres. Esto sería lo más propio de una primera generación.

Una segunda fase abarca el periodo posterior a su experiencia directa y lo central en esta fase es la relación con su madre y a través de ella con el desaparecimiento de su padre.

Adquiere relevancia la forma en la que se mantuvo al interior de la familia el recuerdo de lo que había sucedido. Las diversas manifestaciones que se han descrito como propias del Trauma Relacional Temprano pueden considerarse como manifestaciones propias de la memoria de lo traumático

Todos los aspectos propios del Trauma Relacional Temprano estarían íntimamente relacionados con la necesidad de hacer memoria, memorizar, olvidar, no querer olvidar, no poder olvidar, recordar "demasiado"; todas estas dimensiones de la memoria señalan la compleja relación entre los procesos sociales y los procesos individuales.

REFERENCIAS

1. Adelman A. (1995). Traumatic memory, intergeneration transmission holocaust narrat. *Psychoanal Study Child* 50: 343-367
2. Auerhahn NC, Prelinger E. (1983). Repetition in concentration camp survivor and her child. *Int Rev Psychoanal* 10: 31-46
3. Axeirod S, Scnipper O, Rau JH. (1978). Hospitalized offspring of Holocaust Survivors: Problems and dynamics. Paper presented at the annual meeting of the American Psychiatric Association, Atlanta, May 1978
4. Axeirod S *et al.* (1980). Hospitalized offspring holocaust survivors: problems, dynamics. *Bull Menninger Clin* 44: 1-14. victims, *Int Rev Psychoanal* 6: 331-340

5. Balint M. (1979). *La Falta Básica. Aspectos terapéuticos de la regresión*. Ediciones Paidós. Ibérica, S.A., España
6. Bowlby J. (1969). *El apego*. Paidós, Buenos Aires, 1998
7. Bowlby J. (1973). *La separación afectiva*. Paidós, Buenos Aires, 1998
8. Bowlby J. (1975). *La pérdida*. Paidós, Buenos Aires, 1993
9. Díaz M. (1994). *El daño en niños y adolescentes: Proceso de Transmisión Transgeneracional*. Trabajo de Investigación para el Centro de Documentación de ILAS
10. Ferenczi S. (1934). Reflexiones sobre el traumatismo en psicoanálisis. En: *Obras Completas*. Vol. 4. Espasa Calpe, Madrid
11. Freud S. (1895). Estudios sobre la histeria. Vol. 2 En: *Obras completas*. Editorial Amorrortu, Buenos Aires, 1976
12. Freud S. (1915). *La Represión*. Vol. 14. Editorial Amorrortu, Buenos Aires, 1976
13. Freud S. (1917). La fijación al trauma. Lo inconsciente. 18 Conferencia. Vol. 16. En: *Obras Completas*. Editorial Amorrortu, Buenos Aires, 1976
14. Freud S. (1920). Más allá del principio de placer. Vol. 18 En: *Obras Completas*. Editorial Amorrortu, Buenos Aires, 1976
15. Freud S. (1926). Inhibición, síntoma y angustia. Vol. 20 En: *Obras Completas*. Editorial Amorrortu, Buenos Aires, 1976
16. Kandel E, Schwartz JT. (2001). *Principios de Neurociencia*. Mc Graw Hill Interamericana, España
17. Kandel ER, Hawkins RD. (1992). The Biological Basis of Learning and individuality. *Scientific American* 267: 79-86
18. Kestenberg JS. (1980). Child survivors of holocaust: case presentation and assessment. *J Amer Psychoanal Assn* 28: 775-804
19. Khan M. (1963). El concepto de trauma acumulativo. *Psychoanal Study Child* 18: 286-306
20. Khan M. (1975). *Sobre Winnicott*. Ecos Editores, Buenos Aires, 1975
21. Krystal H. (1968). *Massive Psychic Trauma*. International Universities Press Inc., New York
22. Krystal H. (1984). Review of Generations of the Holocaust. *Psychoanal Q* 53: 466-473
23. Laplanche J, Pontalis B. (1967). *Diccionario de psicoanálisis*. Editorial Paidós, Buenos Aires, 1996
24. Ledoux J. (1996). *The Emotional Brain. The mysterious Underpinnings of Emotional life*. Touchstone Rockefeller Center, New York
25. Levin F. (2005). *La Utilidad del neuropsicoanálisis en el trabajo Clínico con pacientes. Una perspectiva general y algunos detalles técnicos*. Conferencia dictada en Chile. Enero 2005
26. Mitchell S. (1993). *Conceptos relacionales en Psicoanálisis. Una Integración*. Siglo XXI ediciones, 1993
27. Mitchell S. (2000) *Relationality. From Attachment to Intersubjectivity*. The Analytic press, Inc., Hillsdale, New Jersey
28. Niederland WG. (1981). The survivor syndrome: further observations and dimensions. *J Amer Psychoanal Assn* 29: 413-426
29. Pally R. (1997). How Brain development is shaped by genetic and environmental factors. *Int J Psychoanal* 78: 587-500
30. Pally R. (1997). Memory: brain systems that link Past, Present and Future. *Int J Psychoanal* 78: 1223-1234
31. Panksepp J. (1998). *Affective neuroscience. The Foundations of human and animal emotions*. University press, Oxford
32. Schore AN. (1994). *Affect Regulation and the origin of the self*. Hillsdale, New York
33. Solms M. (2004). *La vuelta de Freud*. Scientific American
34. Stolorow R, Atwood G. (1992) Contexts of being. The intersubjective foundations of psychological life. New York Analytic Press
35. Stolorow R, Atwood G, Orange D. (2003) Worlds of Experience, Interweaving philosophical and clinical dimensions in psychoanalysis. New York Analytic Press
36. Winnicott D. (1945). Desarrollo Emocional Primitivo. En: *Escritos de pediatría y Psicoanálisis*. Ediciones Paidós, Ibérica S.A., Barcelona, 1999
37. — (1954). Un estado de ser primario: las etapas pre-primitivas. En: *La naturaleza humana*. Editorial Paidós, Buenos Aires, 1966
38. — (1954). La posición depresiva en el desarrollo emocional. En: *Escritos de pediatría y Psicoanálisis*. Editorial Paidós Ibérica, Barcelona, 1999
39. — (1962). Integración del Yo en el desarrollo emocional. En: *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Editorial Paidós, Buenos Aires, 1993
40. — (¿1963?). El miedo al derrumbe. En: *Exploraciones psicoanalíticas*. Editorial Paidós, Buenos Aires, 1993
41. — (1965). El concepto de trauma en relación con el desarrollo del individuo dentro de la familia. En: *Exploraciones Psicoanalíticas*. Editorial Paidós, Buenos Aires, 1993

CLÁSICOS

LA EXISTENCIA DE LA MUJER Y LA CONCEPCIÓN PSICOANALÍTICA¹

(Artículo de 1959)

(Rev GPU 2008; 4; 1: 129-138)

Frederik Jakobus Johannes Buytendijk²

Si se quieren precisar las propiedades características de la existencia femenina, estamos obligados a orientarnos hacia las situaciones donde la mujer está implicada, lo que lleva a examinar el significado de su intencionalidad fundamental. Hablando de la existencia, por tanto, del ser en situación, no hay que olvidar jamás que el ser humano se encuentra siempre en el mundo corporalmente y que el cuerpo en sí mismo es una situación cuya significación debe ser comprendida. Esta significación se forma en el movimiento de la existencia que es realizada primordialmente por los movimientos. Éstos son bastante variados, pero el campo de variaciones está establecido por la constitución biológica que forma el soporte de las percepciones y de las posibles actividades, entonces el apoyo pre-existencial del esquema de significaciones que se forma por los encuentros con las cosas y con el otro. Estos encuentros comienzan desde la primera infancia y son efectuados por el cuerpo.

LA ESTRUCTURA FUNDAMENTAL DEL COMPORTAMIENTO FEMENINO

Gracias a una diferencia entre la condición de las niñas y los niños, cada uno de los sexos se integra a una realidad que es diferente desde un principio. El tipo dinámico, es decir, el estilo motor encarnado es la presencia persistente de la característica general del comportamiento y del mundo. La conciencia irreflexiva de

esta significación fundamental del mundo es el estar en el mundo por intermedio del cuerpo. Mover su cuerpo es... dejarlo responder a la solicitud (de las cosas) que se ejerce sobre él sin ninguna representación³.

Se exige justamente que la psicología de orientación fenomenológica no se limite a un análisis de la estructura de las situaciones y de los comportamientos, pero se exige que este análisis dé pie a búsquedas empíricas, que deberán garantizar su evidencia y su

¹ Aparecido en Revista Plon en noviembre de 1959. Traducción realizada por María Soledad Hernández.

² Ver biografía del autor a continuación del artículo

³ Merleau-Ponty, Fenomenología de la percepción (Ed. Gallimard), p. 161

exactitud. Además deseamos conocer las condiciones indispensables para la realización de las significaciones de los fenómenos. El estudio de estas condiciones de realización ha sido siempre el sentido de las búsquedas experimentales.

Si es verdad que la forma de existencia de la mujer nace de un encuentro con el mundo por intermedio de un cuerpo diferente de aquel del hombre por su manera de ejecutar los movimientos, uno debería encontrar ya un tipo dinámico en el niño. Muchas investigaciones americanas hacen parecer esta visión como posiblemente verdadera, pero todavía hipotética, porque faltan observaciones realizadas en niños menores de un año.

Sin embargo, una de mis alumnas supo diferenciar lactantes de 6 meses de edad sólo mediante la observación de sus movimientos. Aquellos de la mujer son más flexibles, fluidos, armoniosos; los de los niños, por el contrario, más expansivos, bruscos, enérgicos. Desde la primera infancia existe entonces un modo femenino de estar en el mundo, de tocar, de aprehender, de levantar y de esquivar la mirada. Este tipo dinámico es una manera de formar un mundo propio a partir de la facilidad de las cosas encontradas. Faltan investigaciones más amplias y sobre todo que abarquen diversas poblaciones para saber si las diferencias dinámicas de los sexos son tan pronunciada en todos los grupos.

El dinamismo femenino, que yo llamo adaptativo, está ligado a una coordinación más diferenciada y a una rigidez menos pronunciada (observación de Gesell en niños de 3 a 4 años). Los movimientos más expansivos y bruscos de los niños dan a las cosas encontradas el carácter de resistencia, de un obstáculo a vencer disimulando las propias diferencias. La experiencia de obstáculo y resistencia suscita de nuevo un movimiento expansivo, que adquiere una significación de agresividad. Así, la acción viril se nutre de la experiencia de obstáculo. La resistencia y la victoria sobre esta resistencia son el tema fundamental de las intenciones que caracterizan la manera de aparecer del hombre en nuestra sociedad. Este tema existencial explica las propiedades psíquicas masculinas.

Por el contrario, el movimiento flexible, matizado y adaptativo de la mujer no llama al mundo de los obstáculos, pero permite descubrir, en el encuentro, las calidades, las formas y los géneros de significaciones de distinto valor. Este descubrimiento no se termina jamás, pero suscita una adaptación, una conformación, una manera de vivir en simpatía con las cosas.

Concluimos entonces la existencia de un mundo original de la mujer, que proviene de la diferencia diná-

mica innata entre los sexos. Por pequeña que sea esta diferencia tiene efectos mucho más importantes que nuestra cultura y nuestros métodos de educación, que se ejercen desde la cuna, tendiendo a acentuar la virilidad de los niños y la femineidad de las niñas.

LAS CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DE LA MUJER

Además de su significación genética y empírica, podemos aún concebir la originalidad del mundo femenino que repercute en las formas creadoras y morales más elevadas.

El movimiento que se nutre de expansiva agresividad equivale a la conciencia intencional que proyecta libremente un mundo, formado por la victoria sobre los obstáculos que se vuelven el material del trabajador y del creador de valores. En revancha, el movimiento de adaptación y de conformación de la mujer equivale a una conciencia que se comprende a sí misma en un ser con el otro y descubre valores dados. Este acto (en la parte de la cultura que se le atribuye a la mujer) se vuelve, por la suspensión y negación de las intenciones expansivas y agresivas, la condición de encuentros desprovistos de proyectos creativos; de ahí la existencia penetrada por la ética de la sensibilidad que nosotros tenemos por femenina.

Me hago cargo de insistir sobre el hecho de que concretamente no hay existencia exclusivamente masculina o femenina.

La existencia femenina es una existencia humana, es decir, cultural. Del mismo modo que un ser humano no puede jamás excluir de su conciencia reflexiva o espontánea el hecho de ser humano, él sabe que a cada instante de su vida irreflexiva él es hombre o mujer. Lo que nos lleva a decir que, en cada cultura, desde la más tierna infancia, todo el sistema de normas, de tradiciones, de valores, determina el desarrollo de un estilo motor característico.

Si la dinámica del hombre y de la mujer es innata, su existencia debe ser conquistada por las relaciones recíprocas de las características físicas y el marco cultural. Estas relaciones se dejan ilustrar claramente por la influencia de la fuerza muscular.

La famosa debilidad del sistema muscular femenino es mencionada por todos los autores que se interesan en el problema de los sexos. Esta debilidad es a la vez un don de la naturaleza y una significación en las situaciones diversas. De otro modo, la psicología nos enseña que la potencia muscular efectiva no es paralela al desarrollo de los músculos sino que depende en gran parte de la inervación. Ésta puede también tender

a compensar una debilidad muscular constitucional en vez de dejarla siempre en evidencia. Sin duda existen algunas mujeres mucho más fuertes que algunos hombres. Pero una niña más fuerte que un niño en particular no representa y no se experimenta como la representante de un grupo más débil. El hecho corporal es constantemente sobrepasado por la significación que el ser humano como individuo y como ser social le atribuye.

Creo que estas consideraciones, bastante simples, abren una perspectiva de investigación. Sin duda la palabra de Merleau-Ponty puede guiarnos: el cuerpo no es una cosa, es una situación, pero agregaremos: El cuerpo es también una cosa, una estructura de hechos y nos faltan análisis más profundos para saber la relación de facticidad y de significación.

El hombre no es una cosa determinada ni una libertad desnuda. La libertad del proyecto existencial está limitada por la historia individual, las situaciones y la corporalidad.

El hombre y la mujer son entonces, a cada momento de su existencia, la unidad de fatalidad y de esperanza (de Waelhens).

EL CONCEPTO DE FREUD

Opuestas a esta concepción que busca investir la imagen total de la realidad humana, son las ideas de Freud y sus discípulos, marcados por el sello del naturalismo. La idea fundamental de Freud es muy simple: subraya un carácter importante de la existencia humana. Ésta se representa como una historia, un génesis y el progreso de una diferenciación. Freud supone que la historia del individuo está enteramente determinada por las disposiciones corporales y por el medio. Freud supone además que toda reacción al medio está determinada por instintos elementales innatos, por ejemplo por el instinto de placer.

Según Freud, la sexualidad de la pequeña niña es, desde su temprana edad, inhibida. Esta inhibición es en gran medida fruto de la educación, pero queda ver en qué medida está suscitada por la diferencia innata de los sexos. Debemos suponer que es así, porque los instintos sexuales originales de la niña manifiestan, cualquiera sea la forma, una preferencia por el mundo pasivo.

Freud considera de gran importancia que el periodo de sexualidad latente (de los 6 años a la pubertad) presenta en el niño una continuidad perfecta en el desarrollo de sentimientos eróticos y en la experiencia de los órganos sexuales. El desarrollo de pequeña niña a mujer adulta es mucho más difícil y complicado

porque comprende además dos tareas que no tienen equivalente en el hombre. En ella, la zona erógena de la última etapa de la sexualidad infantil es diferente a la de la edad adulta. La primera tarea que debe cumplir una mujer durante su desarrollo es transferir el placer de una zona erógena a otra.

Pero, ¿por qué hablar de tarea cuando estas transferencias se efectúan por sí solas desde edades tempranas? Es que la última transferencia se produce en un tiempo en que la niña es consciente de sus iniciativas, y no contenta de experimentar su cuerpo, le da una significación. De hecho, el cambio de zona erógena conlleva según Freud una profunda transformación de la conducta, más precisamente el paso desde la actividad masculina a la pasividad femenina.

La segunda tarea concierne a la relación con los padres. Aquí también la continuidad es mayor en los niños. La madre constituye su primer objeto amoroso; esto desde lo que Freud denomina complejo de Edipo, en la actitud ambivalente respecto al padre, y a veces durante todo el resto de la existencia. Para la niña, la madre es también la primera persona hacia la cual se vuelca el amor biológico, pero un poco más tarde es el padre quien se vuelve objeto de este amor: el desarrollo normal de esta fijación deberá conducir hacia otro hombre.

Sería una solución simple e ideal si pudiéramos admitir que a partir de una cierta edad se marcan los efectos de una atracción hacia el otro sexo, de modo que la pequeña niña es atraída por el hombre mientras que la misma ley fija al niño hacia su madre. El tratamiento psicoanalítico de un gran número de mujeres así como las observaciones hechas en la vida infantil muestran, por el contrario, que en la pequeña niña la transferencia amorosa de la madre al padre se acompaña de un conjunto de experiencias que aparecen al mismo tiempo como experiencias morales.

Para comprender lo que son tales experiencias no basta con apoyarse en los datos que aporta el análisis de pacientes. Es de hecho posible que se trate de experiencias anormales de juventud. Por un lado, la observación directa de la vida infantil no aporta más que datos insuficientes pues se fundamentan en impresiones y sentimientos que el menor experimenta interiormente y que no expresa o lo hace ocasionalmente en palabras o conductas. Chocamos aquí con uno de los presupuestos teóricos de Freud, que se puede calificar de genial o de aventurado según la apreciación general que se tenga de su doctrina. De todos modos no se trata de simples cálculos sino que de posibles aspectos de lo que hay de humano en el infante: conviene entonces que le demos atención.

La diferencia entre el hombre y la mujer, dice Freud, es una diferencia anatómica, pero esta diferencia anatómica debe tener efectos psíquicos y forma entonces el punto de partida de todo el desarrollo personal. Esta diferencia está relacionada con la oposición activa-pasiva. Por actividad se entiende aquí la agresividad; por pasividad no se entiende el abandono sino que una búsqueda positiva de lo que Freud llama los fines pasivos (se trata entonces de la obtención activa de fines pasivos). Se tiende también a un expulsión de la agresividad. El niño identifica con el placer la agresividad, la posesión y la dominación; la niña se constituye como presa y elige ser dominada. Esta oposición, cuando se desarrolla patológicamente se vuelve sadismo y masoquismo, es decir, el placer que se obtiene al hacer sufrir o al sufrir.

En el universo del psicoanálisis la asociación sadismo-masoquismo ha tenido siempre un rol esencial, el que se mantiene hasta la actualidad. Freud, y luego una de sus discípulas, Hélène Deutsch, resumen su definición de la naturaleza femenina hablando de masoquismo pasivo. Sin embargo, perjudicaríamos a Freud si imaginamos que el masoquismo, tal como se cumple en la existencia femenina, no tuviese otro contenido que el de la perversión sexual conocida bajo ese nombre. Él muestra, en efecto, cómo la muy pequeña niña es generalmente, por naturaleza, menos agresiva, se satisface menos a sí misma, tiene mayor necesidad de ternura y se muestra por eso más dependiente y más dócil. De ahí procede la disciplina precoz de las necesidades naturales, una mayor vivacidad, la importancia de los lazos afectivos y, según Freud, una mayor inteligencia durante los primeros años.

Estas diferencias entre los sexos son sin embargo, fuertemente variables y puntos esenciales. Por el contrario, una influencia muy profunda e incluso decisiva debe ser acordada, tanto en el niño como en la niña, sobre la actitud ambivalente respecto de la madre. Esta actitud estaría determinada por una experiencia del pequeño infante, que Freud concibe como un momento crítico de su desarrollo. Se trata del complejo de castración, el cual toma formas diferentes en el niño y en la niña. Se considera como demostrado, por el psicoanálisis de numerosos pacientes, que la niña descubre muy temprano la diferencia anatómica entre los sexos y le da una doble significación. Primero, ella imagina que es el órgano sexual del varón el que le confiere su posición privilegiada en la sociedad infantil; luego, ella experimenta una envidia por el pene, deseo inconsciente de tener "algo semejante" y así llegar a ser completa. Como se trata de un deseo inconsciente y de una manera inconsciente de significar la diferencia anatómica, la objeción que suele hacerse de que la mayoría de los ni-

ños no se dan cuenta de esta diferencia y que más tarde no se encuentra nada en sus memorias, no es convincente. Es sin embargo innegable que en muchos casos falta la posibilidad material de este descubrimiento. Es por esto por lo que no se puede aceptar el rigor con el que Freud describe este fenómeno: menos todavía si se quieren explicar por esta vía las importantes modificaciones de estructura que surgen en la actitud de la pequeña niña respecto a su madre bajo el efecto de esta ausencia, experimentada como mutilación.

¿Pero cuál es el desarrollo final de este desarrollo normal? Simone de Beauvoir remarcó que la concepción de Freud en este aspecto está enteramente dominada por la imagen que el hombre se hace de la mujer. Es así que él escribe en un tono sentimental más que científico: La mujer apenas tiene el sentido de la justicia... y esto se relaciona con el hecho de que toda su vida psíquica ceda a la envidia.

Sin embargo Freud da una muestra de mucha experiencia y sabiduría cuando concluye: No olviden, entonces, que nosotros describimos a la mujer en la medida en que su ser está determinado por su función sexual. Esta influencia es, por cierto, muy profunda, pero no debemos perder de vista que una mujer concreta puede ser, además una persona humana. Ese es el centro del problema! Las posibilidades humanas de la mujer frente a la dificultad son un modo de existencia que Freud, y luego todo el psicoanálisis consideran como un destino inmutable comandado por la tendencia primitiva u originaria del placer que se concentra por entero en la energía de la libido.

¿Pero qué sabemos de esta tendencia al placer? Sería vano buscar el canon en los numerosos escritos de la doctrina. Ésta, como ya hemos dicho, considera todo deseo como una variante de la sexualidad, sin definir claramente la sexualidad en sí misma. En efecto, mientras ignoremos lo que realmente es el placer original hacia el cual se vuelca el viviente –animal o niño– a partir de sus primeros encuentros, es imposible comprender por qué, desde el origen, este placer toma desde el niño y desde la niña una dirección diferente, y esto mucho antes de que pueda ser cuestión de la "envidia del pene" o del "complejo de castración". La concepción psicoanalítica de la naturaleza femenina es muy corta, entre otros porque a ejemplo de la antigua psicología, se esfuerza por someter todos los sentimientos a la oposición placer-displacer. Las críticas a la teoría de la libido han existido siempre y le reprochan sobre todo el identificar todas las formas, todos los sentimientos de placer.

Es sólo en la medida en que hay identidad de situaciones proyectadas y por tanto actos intencionales, que

se puede hablar de una identidad de sentimientos. Las nociones de sadismo y de masoquismo toman sentido sólo a partir del momento en que se consideran actos neuróticos de perversión sexual y entonces una profunda transgresión de los comportamientos normales respecto del mundo.

CONVERSIÓN DE LA DOCTRINA PSICOANALÍTICA

Si uno se esfuerza por establecer una fenomenología provisoria de las formas generales y elementales del placer, aferrándose ante todo a lo que tienen en común más que a las diferencias, aparecen dos tipos de sentimientos, que tienen el sentido de un proyecto de reposo y de actividad. En primer lugar, la conciencia de una "unidad con otro": es el placer que ofrece la seguridad. En segundo lugar, la conciencia de desembocar sobre un nuevo espacio: conciencia de liberarse, de escaparse, de vencer, de trascenderse, de elegirse por iniciativa propia. De la forma fundamental más espontánea de existencia surge la alegría de la distensión, la libertad, la autonomía, al mismo tiempo la de la seguridad, del engullimiento, de la inmersión, de ser con un otro.

Bajo la mirada de Freud y de su escuela existe una energía innata que nos impulsa al placer y que no puede variar más que cuantitativamente: la libido. El comportamiento del hombre se comprende como la reacción de una estructura psíquica frente al medio que le es opuesto. Estas reacciones provocan sensaciones de placer o de displacer, suscitadas por los excitantes corporales y elevados al nivel de contenido consciente. Sin embargo, si consideramos las sensaciones como impresiones subjetivas que proporcionan al comportamiento la energía que lo mueve y orienta, pero como modos de existencia en las situaciones proyectadas, nuestra atención se enfocará ya no a un mecanismo psíquico presupuesto sino que a sus reacciones hacia un mundo dado, pero a un desarrollo histórico que, progresando de proyecto en proyecto, confiere a la afectación del dado, el sentido de un mundo personal.

Nuestro punto de partida existencial comanda un examen atento y matizado del trato que experimentan niños y niñas desde sus edades más tempranas. La situación pedagógica, la relación entre padres e hijos, la de los niños entre ellos, son determinadas por la significación que se le reconoce a la existencia del niño y de la niña. Según se maneje un estado de seguridad o de conquista, tales formas de placer primario lo contienen, puede transformarse el sentido mismo del modo de existencia elegido y desarrollado. De todos modos esta dominación no es absoluta. El niño y la niña son pequeñas personas siempre dispuestas a manifestar el gusto

de lo desconocido, de lo nuevo o de lo peligroso, así como de lo conocido, de lo antiguo, de lo inofensivo.

Si queremos avanzar en la definición psicoanalítica de la naturaleza femenina, es necesario tomar como guía la importante obra de Hélène Deutsch⁴, una alumna de Freud que se distanció poco del concepto ortodoxo.

Ella define a la mujer como pasiva-masoquista, lo que significa que la mujer obtiene placer sometiendo-se, sufriendo, abandonándose, aceptando la dificultad, la paciencia y el sufrimiento. La mayoría de las mujeres se exaltarían por cierto ante esta definición. Sin embargo, si se sustituye el concepto de placer por el de valor, la descripción que aquí se hace de pasivo-masoquista adquiere entonces otro sentido y esclarece nuestro propósito. Pero al hacer esto nos alejamos de los principios del pensamiento psicoanalítico. Desde el instante en que la mujer atribuye a la paciencia, al abandono, a la subordinación un valor positivo, estas situaciones no son sólo aceptadas sino que elegidas y buscadas. No hay sino un parentesco formal entre la naturaleza positiva de un bien o de un valor y la de los sentimientos del placer. Es la ausencia de toda distinción entre estos conceptos lo que más nos choca de los psicoanalistas. Ellos identifican la conciencia tética de un valor y la conciencia temática de un sentimiento (por ejemplo el placer). A este respecto sus ideas se vuelven tan confusas que resulta imposible extraer una visión teórica sobre la existencia humana.

Buscando en el enorme número de observaciones y experiencias de Freud y sus discípulos, y yendo a la realidad que contemplan estos conceptos vagos y este lenguaje mecanicista, se descubre sin duda el trasfondo de verdad que contiene el psicoanálisis de la naturaleza femenina.

¿Qué es exactamente el pasivo-masoquista de la mujer? Hélène Deutsch declara expresamente que estando en su esencia el placer captado en el sufrimiento, resulta en gran parte de la influencia dominante que se ejerce sobre la niña desde temprana edad y más tarde en un medio social que dan forma a las estructuras del tipo masculino.

Lo que hace a Hélène Deutsch decir que el psicoanálisis infantil —y agreguemos la psicología— ha reunido muchas observaciones sobre la naturaleza más bien insatisfecha de la mujer. La niña tendrá entonces una pronta tendencia a la envidia y ese sentimiento expresará su existencia en relación a la del niño. Es sobre todo cuando, viva y despierta, recibe poco cariño y no

⁴ Hélène Deutsch. *Psychologie der Frau*, Berne, 1948.

conoce la felicidad de la seguridad que ella dejara que se desarrolle un sentimiento de envidia que exalta el gusto de la conquista, de la expansión y de todas las iniciativas de libertad. Así se da fácilmente que la envidia fundamenta la existencia femenina. Procede en parte de la constitución corporal de la mujer, en parte de las exigencias que le son impuestas desde su juventud. Nos parece más espontánea y comprensible que aquella que suscita el descubrimiento de la diferencia anatómica con el niño; pero una vez que existe, se puede simbolizar y concretarse en el deseo del órgano viril. La envidia que inspira la posición privilegiada del sexo fuerte y dominante es pariente del resentimiento que sabemos, por Scheler y antes por Nietzsche, cuán preponderante es la influencia que ejerce sobre la naturaleza de las relaciones éticas. Sin embargo, el resentimiento no sólo deplora la insuficiencia y la pobreza del sujeto bajo la mirada de la perfección y de la plenitud de otro: la envidia es guardada en secreto porque su objeto se representa como sin valor. La imagen de las uvas muy verdes porque no se las puede alcanzar es típica en cuanto ella las proyecta como tal. De ahí que la envidia de la mujer con respecto a la existencia masculina, de la niña con respecto al niño, puede tomar dos formas. Es el deseo reconocido e ingenuo de una existencia más rica en posibilidades, en libertad y en expansión, o bien el deseo agrio y secreto enmascarado por el rechazo de lo perfecto, cumplido y seductor: se manifiesta en la ostentación misma de su propia insuficiencia y de su mediocridad. Scheler ha iluminado esta estructura en el comportamiento del burgués: su análisis fenomenológico es fundamental para la formación del supuesto pasivo-masochismo.

Resulta inexacto reducir —como lo hacen Hélène Deutsch y Freud— la pasividad de la mujer al desarrollo sexual de la niña y, más particularmente, a una dificultad precisa de este desarrollo (*Genitaltrauma*). La pasividad —cuando existe— es una manera que nace, generalmente, del resentimiento de elegirse a sí mismo pasivamente. Es una pasividad humana, punto animal, motivo por el cual puede penetrar toda la existencia. Para ilustrar la concepción, fundamentalmente inexacta según nosotros, que los psicoanalistas hacen de la naturaleza femenina, citaremos una vez más a Hélène Deutsch: Esta preponderancia de las tendencias pasivas se afirma en toda la vida instintiva de la mujer. Daremos un solo ejemplo: en la mujer es sobre todo la tendencia pasiva y exhibicionista a ser vista que domina, en cambio en el hombre la acción preponderante es mirar. ¡Si verdaderamente estas tendencias pasivas tienen un fundamento biológico, el pavo sería un modelo de femineidad!

LA AMBIVALENCIA DEL CONCEPTO “MASOQUISMO”

El psicoanálisis no nos enseña nada que de alguna manera ya no sepamos. Cuando habla de la naturaleza pasivo-masochista de la mujer, quiere simplemente indicar que el gusto por la conquista es más pronunciado en el niño, mientras que en la niña, la seguridad. Entendemos esta diferencia por la dinámica expansiva predominante en el niño, y los movimientos de adaptación predominantes en la niña. El uno y el otro, forzados por el medio, se desarrollan en la dirección que les es propia. Este desarrollo será develado más tarde en la vida sexual, pero se puede, desde la infancia, revelar ciertos rasgos en las relaciones, verdaderas o imitadas, de ternura y erotismo. El proyecto existencial de la niña exige una prudencia que es igualmente previsión: quien le enseña a ser reservada y contenida. Se puede hablar aquí de pasividad. No hay seguridad en el mundo que no se vea amenazada. Sin embargo, lo que amenaza la expansión al mismo tiempo la exalta. Este es el motivo por el cual la existencia del niño se desarrolla fácilmente como una trascendencia ilimitada donde él encuentra satisfacción y placer. Si por el contrario la seguridad es el centro de la existencia, ésta no es accidental sino que esencialmente puesta en peligro. La amenaza sólo puede ser conjurada gracias a una seguridad más profunda, la que abole o simula abolir toda amenaza. Es a esta seguridad que el psicoanálisis da el nombre de sublimación. En la existencia femenina la sublimación es un acto que se comprende sólo a partir del fundamento mismo de esta naturaleza, y que nace de un carácter esencial del mundo femenino. Pero para el infante no es más que apariencia. Se apela a la seguridad sólo en situaciones en que se ven amenazadas. Que la niña reconozca esta necesidad se podría llamar masochismo: pero no se trata de un placer extraído del sufrimiento, de la dependencia, de la debilidad, de la impotencia, etc...

Por otro lado, la mujer puede encontrar una seguridad que no se ve amenazada en la bondad, en la verdad, en Dios. Si aquí se habla de sublimación, tiene que ser en otro sentido del que ofrece el psicoanálisis. ¿Qué significa entonces el pasivo-masochismo, en que consiste esta supuesta naturaleza de la mujer?

Verdaderamente el concepto masochismo tiene doble significado. Literalmente es el placer que se experimenta al sufrir; más profundamente: es el descubrimiento de un valor positivo en la aceptación de lo que inicialmente sólo tiene un valor negativo y se empieza a aceptar con displacer. Estos dos significados difieren en su principio mismo. No se trata del todo de la misma

cosa: que el sufrimiento se torne placer o que, gracias al sufrimiento se obtiene un bien que no puede obtenerse más que por la aceptación. Uno se puede preguntar si esta relación del sufrimiento con el placer existe ya en la conciencia directa y en la existencia irreflexiva. La encontramos en todo caso en la conciencia reflexiva: un gran número de ideales morales y religiosos dan testimonio de que al aceptar el sufrimiento se recibe en recompensa la progresión de la felicidad: pero no asimilaríamos estas nociones a las de masoquismo y sublimación.

Hélène Deutsch no tiene la ingenuidad de creer que la humillación, el sufrimiento y la violación son deseados por la mujer, pero piensa, sin embargo, y esta idea es esencial en ella, que el narcisismo y el masoquismo son dos fuerzas elementales que, relacionadas de un modo particular, determinan la vida psíquica de la mujer. Aquí el error fundamental es confundir la naturaleza particular de la persona y la estructura de la existencia. Cuando por un acto determinado una mujer (o un hombre) se opone al mundo afirmando su autonomía, se dice que su naturaleza, o su carácter, o que “ella misma” es narcisista. Este matiz es fundamental para la concepción del ser humano. La antigua psicología, a la cual sigue perteneciendo el psicoanálisis, no ve que el ser humano realiza su existencia completa, y por lo tanto su esencia concreta –su carácter– sólo mediante un acto incesante de afirmación o de negación, es decir, por una elección; no posee la determinación de una cosa, pero existe en libertad. Ésta puede verse limitada por las solicitudes mundanas, es decir, la naturaleza en nosotros y alrededor de nosotros. El psicoanálisis se funda sobre una determinación psico-mecanicista donde las influencias exteriores pueden rechazar la realidad interior, evocarla o reforzarla, donde las fuerzas pueden o no estar en equilibrio, y en una cierta medida en armonía, según sean o no “favorables” las circunstancias (¿pero por qué favorables?).

Es interesante ver en qué términos habla Simone de Beauvoir del psicoanálisis. La mujer se determina a sí misma tomándose en cuenta y asumiendo su naturaleza en la afectividad.

Debemos reconocer que tal tesis esclarece mejor que toda la literatura psicoanalítica la humanidad de la mujer. Porque no se trata de una naturaleza que determinaría la mujer, sino de la manera en que su libertad es elegida. Si es verdad que esta naturaleza es psicológicamente más efectiva, más frágil, más sensible, más impresionante, debemos preguntarnos cómo es aceptada esta diferencia. Simone de Beauvoir desenmascara el freudismo constatando que para él la mujer es un hombre aminorado. Y es verdad que Freud se hace una

idea tradicionalmente masculina de la mujer. Sin duda, reconoce que ella es un ser humano: sin embargo, fundamentando su existencia en la envidia y los celos que experimentaría desde la infancia porque no es hombre, *hace un buen negocio de su humanidad*.

EL UNIVERSO FEMENINO

Para Simone de Beauvoir, la elección que se ofrece a la mujer está afuera. Está entre la autonomía y la heteronomía, entre la independencia, la aceptación de la libertad humana original y el abandono a las fuerzas y a la voluntad extranjeras. Bajo la mirada de Freud, piensa Simone de Beauvoir, es la anatomía quien decide el destino de la mujer, lo que no es del todo justo: el psicoanálisis tiene como punto de partida la diferencia anatómica de los caracteres sexuales primarios, pero subraya que el desarrollo de la existencia masculina o femenina depende de la manera en que las diferencias anatómicas sean experimentadas. Sin embargo, Freud seguramente se equivoca cuando reduce esta experiencia a una oposición simplista entre instintos y sentimientos inconscientes, el placer y el dolor, la satisfacción y la envidia, el amor y el odio, etc....

Aquí hace falta un análisis de la existencia. Simone de Beauvoir hace un esfuerzo.

Para el psicoanálisis freudiano, la mujer puede alienarse de dos maneras: jugando a ser hombre –lo que es siempre un error; aceptando el rol de mujer –lo que es siempre un engaño. Los errores que comete el psicoanálisis, incluso en la aplicación de los hechos más simples, son desde entonces evidentes. Si una niña trepa a un árbol, Freud supone que ella quiere imitar a un niño. Simone de Beauvoir, que debe saber más al respecto, remarca que es simplemente agradable subirse a un árbol. Si una mujer elige un trabajo independiente, se habla de sublimación de una tendencia masculina. Simone de Beauvoir lo niega: eso es, dice ella, falsificar la historia de la mujer como ser humano. El psicoanálisis describe a la niña como buscando identificarse al padre o a la madre, la acusa de oscilar desde las tendencias masculinas a las tendencias femeninas buscando entre ellas un compromiso. Simone de Beauvoir, por el contrario, considera a la niña como un ser bueno que titubea entre el rol del “objeto heterónimo” y la aceptación de su libertad con los peligros y angustias que la libertad conlleva. Ella resume entonces: Para nosotros, la mujer se define como un ser humano en busca de valores en el seno de un mundo de valores, mundo en el cual es indispensable conocer la estructura económica y social...

¿Cuáles son entonces los valores que busca la mujer? ¿Se trata sólo de formas eróticas de placer o intenta

ella, a partir de su naturaleza, realizar además de la humanidad universal que prescribe la cultura a la cual ella pertenece, valores que tienen un sentido decisivo para la existencia propiamente femenina?

La definición de la mujer como ser pasivo-masquista no otorga ninguna respuesta a estas preguntas. En la medida en que la mujer responda a tal definición, se trata de una segunda naturaleza: se la eligió y buscó así para darle la significación de naturaleza respecto de la conciencia femenina y de la conciencia masculina. Entendemos por qué los conceptos de pasividad y masoquismo no tienen un contenido determinado y por qué el mismo psicoanálisis no los puede manejar como nociones puramente biológicas.

Muchos psicoanalistas están de acuerdo. Aprobaremos entonces a Karen Horney cuando escribe que el fenómeno masquista representa una esperanza de alcanzar la seguridad y la satisfacción en la vida, a través de la ilusión y la dependencia.

EL SER EN EL MUNDO DE LA MUJER Y LA PREOCUPACIÓN

En resumen, hemos llegado a la conclusión que la concepción psicoanalítica de la naturaleza femenina ignora la verdadera realidad humana ya que presupone muchas reacciones innatas de la mujer como si fueran instintos de animales.

El medio social y pedagógico puede suprimir o desarrollar estas tendencias instintivas. La supresión apela a los conflictos que más tarde se manifestarán en los síntomas neuróticos.

El punto de partida de esta teoría es contrario a los hechos. No hay comportamientos innatos específicamente femeninos o masculinos. La única diferencia preexistente entre los sexos es, como lo hemos demostrado, el predominio de una cierta manera de moverse; a saber, la dinámica expansiva o la dinámica adaptativa.

No es una construcción teórica sino que un hecho constatado el que, desde el nacimiento, las dos dinámicas están a la base de un encuentro diferente con las cosas y con los hombres.

El infante encuentra las cosas mediante sus movimientos expansivos como resistencias, obstáculos; a través de los movimientos de adaptación los encuentra como calidades.

La experiencia demuestra que esta resistencia suscita, en el dinamismo viril, una actividad expansiva reforzada, mientras que el encuentro de una calidad suscita –para la femineidad– la tendencia a descansar cerca de las cosas, a vivir las calidades como valores en sí. El suspenso de la agitación expansiva crea un mundo simpá-

tico. El *Dasein* se vuelve entonces una existencia sobre el mundo de nosotros –lo que equivale a decir, según Binswanger, que una determinada manera de ser escapa a la dimensión de lo intencional, de toda acción técnica y sobrepasa entonces todo proyecto de inteligibilidad, de dar forma, de construir, de crear. El movimiento de adaptación y equilibrio equivale a una conciencia que se comprende a sí misma en su estar con el otro.

La teoría psicoanalítica parte de la idea de que hay una diferencia original y autónoma entre el desarrollo sexual del niño y de la niña. Esta diferencia determinaría, a cada edad, el comportamiento, los sentimientos y las inclinaciones.

Contrario a esta teoría, he defendido la tesis que el tipo dinámico original está en correlación con el mundo y el comportamiento.

La mujer se inserta en su mundo de un modo distinto al que lo hace el hombre en el suyo. Esta diferencia determina toda relación humana, y particularmente, el comercio normal entre la mujer y el hombre.

La oposición de las dos dinámicas se manifiesta en casi todas las costumbres cotidianas y sobre todo en las relaciones sexuales normales –entendiéndose que llamamos normal a una forma de comportamiento característico para nuestra cultura.

En todas las civilizaciones superiores se observan, en principio, las mismas diferencias de comportamiento entre los sexos. Este hecho se explica por la conformación de la educación al tipo dinámico del infante.

Disponemos de pocos datos sobre la influencia que ejerce sobre su desarrollo la manera de tratar al infante. Se han constatado al menos dos hechos:

1. La gran necesidad del lactante al cuidado del amor. Esta sensibilidad ha sido probada mediante la observación de la enfermedad llamada hospitalismo, que conduce a la muerte por la falta de afectividad adecuada.
2. Se ha observado que a veces es posible educar a un niño como una verdadera niña y viceversa. Esto se puede entender porque el dinamismo masculino y femenino son igualmente humanos, por lo tanto presentes como posibilidad en uno y otro sexo.

La idea de una oposición de dinamismo explica la diferencia de comportamiento entre los niños y niñas de mayor edad. Es la diferencia entre el bordado y el fútbol. Estamos además conscientes del modo en que estas actividades deben ser ejecutadas y por lo tanto de la impulsión dinámica que ellas requieren.

Para la existencia humana consumada, la oposición de los sexos se manifiesta en la diferencia de dos

actos que distinguimos provisoriamente: el trabajo y la preocupación. Es fácil encontrar en estas dos actividades los caracteres de los movimientos típicos del niño y de la niña.

El trabajo supone una conciencia fija sobre un objetivo y también sobre un mundo comprendido como un sistema de medios, de material, de instrumentos u obstáculo. El trabajador se forma una existencia autónoma, expansiva y agresiva.

La estructura de la preocupación se opone a la del trabajo. En él, se expresa una conciencia de la presencia concreta de los valores. La coexistencia con el otro tiende a descubrir esos valores, a conservarlos, a suscitarlos, a aumentarlos. La existencia de la persona preocupada se hace sumisa, atenta, obediente, desinteresada. Esta existencia se desarrolla como la ética de la sensibilidad que conceptualizamos como femenino, apoyándose en esta manera de moverse que hemos llamado dinámica de la adaptación.

La mejor manera de caracterizar la diferencia de los sexos es mediante las palabras de Alain en uno de sus *Propos*: El espíritu masculino no deja de componerse. La función femenina es conservar la forma humana, protegerla. Y agrega: Siendo lo humano la provincia femenina y lo inhumano la masculina. Es difícil comprender esta oposición que supone que el mundo masculino es un mundo sin afectividad, mientras que la emoción sería privilegio de la mujer. La morada sentimental propia de la preocupación no es afectiva, pero el amor es desinteresado.

Así, el trabajo se encuentra generalmente en la ética del deber, del coraje, del esfuerzo; la preocupación en la del sacrificio y del abandono.

El recién nacido humano vive –como el animal– por la espontaneidad y organización de su cuerpo animado. Pero el infante se humaniza asumiendo el humano que encuentra en el mundo ya constituido por hombres. Se humaniza por las actividades suscitadas por su corporalidad e impuestas por el medio. Según

sea esta corporalidad masculina o femenina y que las exigencias del medio aumenten una u otra, se entiende que la vida del infante se transforme en una existencia auténticamente masculina o femenina. Así, la oposición de los sexos se encuentra plenamente sólo en una oposición ética.

De este modo, se comprende igualmente la vocación maternal, no como un fenómeno de naturaleza sino como fundada en la humanidad de la mujer. Esta vocación no se reduce sólo a la manifestación de la maternidad sino que se expresa por la intención que, a través del gesto tierno, la mirada tierna, la palabra tierna, pretende hacerse presente como persona y preocuparse del otro como persona. Insistimos aún en el hecho que según nuestra concepción la oposición de los sexos no es absoluta.

Entonces, la vocación materna no se podría humanizar plenamente sin el elemento viril, sin que la mujer aprehenda el universo en su duración, en su resistencia, sin que asuma un trabajo enfocado hacia un objetivo fin real.

Sin duda el cuerpo femenino es siempre, y en todos lados el centro del mundo femenino. Es por eso que la vocación maternal, elegida por una mujer como el cumplimiento de su existencia, puede aparecer sólo por la devolución del mundo a su cuerpo realidad y apariencia de su femineidad. Esta relación determina la conciencia que la mujer tiene de sí misma, de su libertad; libertad que se manifiesta, como en todos los seres de buena voluntad, por la ternura y humildad de corazón.

REFERENCIAS

1. Thines G, Zayan R. (1975). F.J.J. Buytendijk's contribution to animal behavior: Animal psychology or ethology. *Acta Biotheoretica*, XXIV, 3-4, 86-99
2. Dekkers WJ (1995). F.J.J. Buytendijk's concept of an anthropological physiology. *Theoretical Medicine* 16, 1, 15-39
3. Poveda JM (1991). Buytendijk, Frederic Jacobus Johannes. En: *Gran Enciclopedia Rialp*. GER, Madrid, España

BIOGRAFÍA DE FREDERIK JAKOBUS JOHANNES BUYTENDIJK

Nació en 1887 en el seno de una familia judía de Breda, al sur de Holanda. Estudió Medicina en la Universidad de Amsterdam donde se graduó con honores, ya que recibió la medalla de oro por sus estudios sobre la adrenalina. Posteriormente se especializó en fisiología bajo la tutela de Zwaardemaker, Verworn, Sherrington, Langley y Hill (1909-1913), alcanzando la cátedra de fisiología gene-

ral en la Universidad de Amsterdam (1919) y posteriormente la de Groningen (1925). En 1946 ocupó el puesto de profesor de Psicología Teórica en la Universidad de Utrecht y fue profesor visitante de las universidades de Lovaina y de Nijmegen hasta su retiro en 1957.

Durante la Primera Guerra Mundial ejerció como médico militar y ocupó la dirección del departamento de Psiquiatría y Neurología del Hospital de Amsterdam. Al finalizar la guerra recibió una fuerte influencia filosófica por parte de Max Scheler, gracias a lo cual

introducirá el método fenomenológico en sus estudios sobre la conducta animal y humana. El mismo Scheler, junto a Maritain, Guardini y Von Gebsattel también habrían promovido la conversión de Buytendijk, primero al cristianismo protestante y posteriormente, en 1937, a la religión católica romana.

Al iniciarse la Segunda Guerra Frederik fue movilizad o nuevamente, pero esta vez detenido por la Gestapo. Durante su cautiverio escribió *Over de Pijn* (El Dolor, 1943): Una visión crítica del “homo patiens” producto de la medicina tecnificada de la época. En dicha obra Buytendijk propone que el dolor tiene un sentido, es un modo de existencia que posee un significado para el existir propiamente humano. También postula una concepción antropológica de la medicina.

Hasta 1950, la mayor parte de sus investigaciones trataron sobre la fisiología y conducta animal. Pese a la fuerte presión de la época para adherir, ya sea a la teoría mecanicista o a la teoría vitalista, Buytendijk se mantuvo al margen de ambas. Su postura parece identificarse más bien al concepto de la “significancia perceptiva” (Bedeutung) de Von Üexkull.

Criticó fuertemente los reduccionismos y mecanicismos de la conducta propuestos por Pavlov y Watson (*Algemene Theorie des menselijke houding en beweging*, 1948). Para Buytendijk la conducta del animal consiste en una serie de eventos significativos como respuesta a

su medio ambiente natural y no una serie concatenada de reflejos; actos que contienen un significado que sólo puede ser descubierto en la situación actual del animal. Dicha integración conductual del animal con su medio resulta de las regulaciones de la percepción de sus movimientos y viceversa, aspecto provenientes de la teoría gestáltica de Viktor von Weisäcker. Pese a lo anterior, siempre rechazó cualquier antropomorfización de la conducta animal, ya que las respuestas animales son siempre determinadas por la situación en la que se encuentran sin capacidad de elección, por lo cual carecen de libertad a diferencia del hombre.

A partir de la segunda mitad del siglo XX comienzan a aparecer los escritos filosóficos y antropológicos de Buytendijk, de los cuales su obra sobre *La Mujer* (1958) sea tal vez la más conocida. Sin embargo, su obra magna son los *Prolegomena to an Anthropological Physiology* (Prolegómenos para una fisiología antropológica, 1965) que resumen el *leiv motiv* de todas sus obras, la demostración empírica de que el ser específicamente humano es la más elemental de las funciones fisiológicas, o como diría Von Weisäcker: “introducir el sujeto en la fisiología”.

Buytendijk moriría nueve años más tarde, el 21 de octubre de 1974 a la edad de 87 años, dejando tras sí numerosas publicaciones en revistas y libros especializados.

Revisiones · Investigación · Teoría

GACETA DE

PSIQUIATRÍA UNIVERSITARIA

TEMAS Y CONTROVERSIAS

*Para optimizar la distribución agradeceremos
enviarnos a la brevedad los datos aquí solicitados:*

Nombre

Apellidos

Dirección
consulta

Comuna

Ciudad

E-mail

C.I.

Teléfono consulta

Celular

Dirección

(donde quiere que le llegue la revista)

Envíe este cupón a:

C&C Consultoría y Capacitación

Pedro de Valdivia 3474, L. 3-B

Ñuñoa, Santiago, Chile

Al fax: (56-2) 223 4052, o al

e-mail: cyc@consultoriaycapacitacion.cl

