



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA

Revisiones · Investigación · Teoría

GACETA DE
PSIQUIATRÍA
UNIVERSITARIA

TEMAS Y CONTROVERSIAS

AÑO 4, VOLUMEN 4, Nº 2 JUNIO 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 \$ 15.000*

Otros profesionales \$ 15.000*

SUSCRIPCIONES EN EL EXTRANJERO

(incluye envío por correo certificado)

Psiquiatras..... US\$ 50*

Médicos no psiquiatras US\$ 65*

Otros profesionales US\$ 65*

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. 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 Huneus, 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. Pablo Salinas, Dr. Patricio Olivos, Dr. Pedro Retamal, Dr. Policarpo Rebolledo, Dr. Ramón Florenzano, Dr. Fernando Ivanovic-Zuvic, Dra. Graciela Rojas, Dra. Grisel Orellana, Dra. Julia Acuña, Dra. Marta del Río, Dra. Susana Cubillos, Ps. André Sassenfeld, Ps. Catalina Scott, Ps. María Luz Bascuñán, Ps. Mariane Krause, 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)

NUEVOS MIEMBROS DEL CUERPO EDITORIAL

¡BIENVENIDOS!



MARIANE KRAUSE

Mariane Krause realizó sus estudios de pregrado en la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Se doctoró en el Departamento de Psicología Clínica y Comunitaria del Instituto de Psicología de la Universidad Libre de Berlín. Actualmente es profesora titular de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile y Directora del Programa de Doctorado en Psicoterapia. Sus estudios han estado dirigidos fundamentalmente a los procesos de cambio psicoterapéutico, y han sido publicados en numerosos artículos, capítulos de libros y libros. Recientemente (2005) publicó la obra *Psicoterapia y Cambio: una mirada desde la subjetividad*, bajo el sello de Ediciones Universidad Católica de Chile.



PATRICIO OLIVOS ARAGÓN

Estudios de Medicina en la P. Universidad Católica de Chile. Formación en Psiquiatría, y ex Profesor Auxiliar de Psiquiatría en la Universidad de Chile.
Ex Director del Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz B.". Co-fundador de la Sociedad Chilena de Salud Mental. Coautor del Manual de Psiquiatría de L. Gomberoff y P. Olivos. Editor durante 4 años de la *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. Trabajos publicados en esa revista, en la *Revista de Neuropsiquiatría* y en la *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*. Y en drpolivos.googlepages.com
Actualmente médico psiquiatra en consulta privada y participante en el GDT de Psicoterapia en SONEPSYN (Sociedad Chilena de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía).



CATALINA SCOTT ESPÍNOLA

Se graduó de Psicóloga en la Universidad Católica de Chile y realizó su formación de postgrado como psicoterapeuta psicoanalítica de adultos en el Instituto Chileno de Psicoterapia Psicoanalítica, ICHPA.
Ha realizado docencia de pre y post grado en el ICHPA, en la Escuela de Psicología de la Universidad Andrés Bello en Santiago y Viña del Mar y como Profesora Auxiliar en la Escuela de Psicología de la UC.
Miembro del Colegio de Psicólogos de Chile.
Miembro de la Sociedad Chilena de Psicología Clínica.
Acreditada como psicoterapeuta y supervisora por la Comisión de Acreditación de la Sociedad Chilena de Psicología Clínica.
Ha presentado y publicado sobre psicoterapia psicoanalítica, género y psicoanálisis relacional y otros temas ligados a la cultura.
Ha colaborado en revistas especializadas y medios de comunicación comentando libros de divulgación vinculados al psicoanálisis.



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 UGALDÉ

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 Antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, además de colaborar en diversas otras publicaciones de otros autores.



NINA HORWITZ

Socióloga, Postítulo en Sociología de la Salud.
Postgrados:
 Community Studies, Boston College, Boston, Massachusetts. 1975.
 Seminario Licenciatura de Formación en Salud Mental, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile. 1980.
 Fellow, International Leadership Program, W.K. Kellogg Foundation. 1990-1994.
 Diploma en Comportamiento Organizacional, Birkbeck College, University of London. 1996.
 Diplomado en Bioética, Facultad de Medicina, Universidad de Chile 2001.
 Magister en Bioética, Universidad de Chile (c).

Cargos y Funciones Académicos:

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

Líneas de Investigación:

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



FRANCISCO HUNEEUS COX

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



FERNANDO IVANOVIC-ZUVIC R.

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



ENRIQUE JADRESIC

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

del Ánimo. 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 International 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.

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

Participación activa en diversos cursos y reuniones científicas de Psiquiatría y Neurociencias. Diversas publicaciones en revistas científicas nacionales e internacionales y capítulos de libros. Diversas ponencias en congresos nacionales e internacionales, sometidas a referato y publicadas in extenso. INVESTIGACIÓN: En suicidio, en Proyectos Fondecyt N° 1113-91 y N° 1960726. En esquizofrenia, en el Proyecto de Tesis. SOCIEDADES: Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, miembro titular y experta evaluadora de Trabajos de Ingreso a la Sociedad. Asociación Gremial de Profesionales y Expertos en Salud Mental (ACTA). Comité de Psiquiatría Biológica de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. Sociedad de Psiquiatría Biológica, miembro titular. Sociedad Chilena en Neurociencias, miembro titular.

Miembro de la Cognitive Neuroscience Society.



POLICARPO REBOLLEDO MARCHESINI

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

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

Pertenece a diferentes sociedades nacionales e internacionales: Sociedad Médica de Santiago
 Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía
 Sociedad Chilena para el estudio del Dolor
 Miembro internacional en:

IASP: International Association for the Study of Pain
 APA: American Psychiatric Association
 McLean Hospital International Psychiatric Society



PEDRO RETAMAL C.

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

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

Director de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile (período 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.

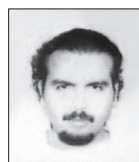
Miembro del Board of Directors International Family Therapy Association.
 Miembro del Comité Editorial del Journal of Family Psychotherapy.



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 clínico, U. de Chile. Magíster en Psicología Clínica (Psicología Analítica Jungiana), U. Adolfo Ibáñez. Diplomado en Psicología Jungiana y en Psicología Clínica Humanista-Existencial, Pontificia U. Católica.

Formación adicional en psicoanálisis relacional (UNAB), teoría del apego (PUC) y psicoterapia corporal (UCH). Docente de pre y postgrado en el Dpto. de Psicología, U. de Chile; Escuela de Psicología, U. del Pacífico; y Escuela de Psicología, U. del Desarrollo. Integrante del Equipo Clínico Humanista-Existencial y supervisor clínico, CAPs, U. de Chile. Integrante del grupo Cuerpo y Vínculo, que imparte un programa formativo en psicoterapia corporal relacional. Instructor de kundalini-yoga y meditación.



HERNÁN SILVA IBARRA

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

Comité Editorial de *World Journal of Biological Psychiatry*. Estudió Medicina en la Pontificia Universidad Católica de Chile y obtuvo la especialización en Psiquiatría en la misma universidad. Efectuó estadía de perfeccionamiento en la Universidad Complutense de Madrid. Ha sido Director de la Clínica Psiquiátrica Universitaria (Departamento de Psiquiatría Norte de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile), Profesor Adjunto de la Pontificia

Universidad Católica de Chile, Editor de la *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría* y Presidente del Comité Chileno de Psiquiatría Biológica. Sus investigaciones y publicaciones se orientan principalmente al estudio de las bases neurobiológicas de la esquizofrenia, trastornos del estado de ánimo y de la personalidad.



LUIS TAPIA VILLANUEVA

Médico Psiquiatra Universidad de Chile. Terapeuta Familiar y de Pareja.

Docente y Supervisor Unidad de Terapia de Pareja, Instituto Chileno de Terapia Familiar.

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



BENJAMÍN VICENTE

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

Jefe Servicio Psiquiatría Hospital Guillermo

Grant Benavente, de Concepción.

Bachiller en Filosofía (Universidad de Concepción).

Médico Cirujano (Universidad de Chile).

Médico Especialista en Psiquiatría de Adultos (Universidad de Concepción).

Doctor en Filosofía (PhD) (Epidemiología y Psiquiatría Social) (Universidad de Sheffield U.K.).



MARIO VIDAL CLIMENT

Estudios en Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Título: médico-cirujano, marzo de 1952.

Beca en psiquiatría (Hospital Psiquiátrico): 1952-1955.

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

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

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

Libros publicados:

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

"Temas de Psiquiatría". Edit. Lom 1999.

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

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

ÍNDICE

142 NUEVOS MIEMBROS DEL CUERPO EDITORIAL
¡BIENVENIDOS!

149 EDITORIAL

149 LA PALABRA Y EL GESTO
César Ojeda

151 RESONANCIAS NUCLEARES

153 ACADÉMICAS

159 COMENTARIO DE LIBROS

159 GENÉTICA Y FARMACOGENÓMICA EN PSIQUIATRÍA
Editor: Dr. Hernán Silva
Coautores: Mónica Acuña, Renato Alarcón, Víctor Karpyak, Víctor Lermanda,
David A. Mrazek, Fernando Novoa, Carlos Valenzuela y Hernán Silva
Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de
Chile, Santiago de Chile; 2007
Comentarista: Jorge Cabrera

161 ESTUDIOS CLÍNICOS EN NEURO-PSICOANÁLISIS: INTRODUCCIÓN A
LA NEUROPSICOLOGÍA PROFUNDA
Autores: Karen Kaplan-Solms & Mark Solms
Fondo de Cultura Económica (2005/2000)
Comentarista: Christian Salas

164 EL FEMINISMO ESPONTÁNEO DE LA HISTERIA
Estudio de los trastornos narcisistas de la feminidad
Autora: Emilce Dio Bleichmar
Ed. Fontamara, Buenos Aires, 1989
Comentarista: Susana Cubillos

166 CATÁLOGO DE LIBROS COMENTADOS EN GPU

169 RETROSPECTIVA

169 SILENCIO Y PALABRA EN LA POESÍA DE NERUDA
Félix Schwartzmann

171 ENTREVISTA DE GACETA DE PSIQUIATRÍA UNIVERSITARIA

171 ENFOQUE CORPORALIZADO DE LA COGNICIÓN:
ENTREVISTA A RAFAEL NÚÑEZ

180 ENSAYO

180 MODO DE VIDA Y CULTURA
Humberto Maturana

193 REFLEXIONES SOBRE EL SISTEMA DE LAS NEURONAS ESPEJO Y
ALGUNAS DE SUS IMPLICANCIAS PSICOTERAPÉUTICAS
André Sassenfeld

199 REVISIÓN

199 BASES GENÉTICAS DE LA DEPRESIÓN
Hernán Silva

206 PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN EN
ADOLESCENTES EN EL SISTEMA ESCOLAR: UNA REVISIÓN DE LA
LITERATURA
Vania Martínez, Graciela Rojas, Rosemarie Fritsch

214 TÉCNICA

214 ELEMENTOS RELACIONALES EN LA REHABILITACIÓN DE
SOBREVIVIENTES DE LESIÓN CEREBRAL ADQUIRIDA
Christian Salas

221 DOCENCIA

221 PSIQUIATRÍA Y TEORÍA DE LA EVOLUCIÓN DE LAS ESPECIES: SU
ENSEÑANZA EN LA RESIDENCIA DE POSTGRADO EN MÉRIDA,
VENEZUELA
Trino Baptista, Félix Angeles, Elis Aldana

226 EVALUACIÓN TERAPÉUTICA

226 DESARROLLO DE UN SISTEMA DE REGISTRO Y ALMACENAMIENTO
DE INFORMACIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN UN HOSPITAL
GENERAL (BDPS 1.1)
*Ramón Florenzano, Francisco Matta, Amparo Ruiz -Tagle,
Verónica Hasbún, Patricia Perales, Roberto Fasani*

230 TEORÍA

230 CONVERGENCIAS EN TORNO AL CONCEPTO DE REPRESENTACIÓN Y
SUS IMPLICANCIAS EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN
Marcia Olhaberry y Juan Pablo Jiménez

241 MONOGRAFÍA

241 LA PERSONA DEL TERAPEUTA Y EL DESARROLLO DEL PROCESO
TERAPÉUTICO CON UN PACIENTE DE EDAD AVANZADA
Roberto Rocha

LA PALABRA Y EL GESTO

¿No surge la palabra como un haz de luz, que desde las tinieblas de la infancia de la humanidad y de cada persona en particular, va iluminando, al nombrar, el rostro del otro más próximo y la fisonomía de lugares y paisajes cotidianos? Sin embargo, el verbo es el lugar de la ambigüedad: muestra, constituye y expresa, pero también oculta y miente. Por ello, tal vez, hablar es un acto sospechoso desde su origen y explica el que la palabra haya sido perseguida desde siempre. A diferencia del mundo de la percepción, el lenguaje no sólo elige la perspectiva sino que la crea. En los actos sensoriales podemos mirar, escuchar y palpar desde distintos ángulos, pero el *perceptum* (lo percibido) nos ofrece una resistencia esencial, el “de suyo” inviolable que Zubiri llamaba “realidad”. En cambio, nada se impone a la palabra y en ella no cabe el “de suyo” de lo real, pues el paisaje semántico es –para bien o para mal– básicamente creación y con ello pura libertad. ¿No castigó Dios a la humanidad por su arrogancia creativa al dar nacimiento a innumerables lenguas? Se han contado 7.000. Sin exagerar se puede decir que el ser humano, después de la primera palabra, ha sido incapaz de callar. Francisco Varela se preguntaba “en qué consiste ser”, por ejemplo, una serpiente o un ser humano. Consiste, contestaba entre líneas, en la construcción de un mundo ofidio o de un mundo humano, donde la serpiente huele con su lengua el paisaje en búsqueda de una presa, y el ser humano habla del “atardecer melancólico que anuncia la inmensidad de la noche”.

Tal vez el lenguaje se desarrolló –más allá de la nominación e indicación– en el momento en que el ser humano pudo manipular el fuego. Durante las largas noches el fuego permanecía atrapado en el fogón, dando calor, alimento y paz a los siempre atemorizados humanos, que, por primera vez, disponían de una barrera que mantenía alejados a los depredadores. Las llamas, como las olas, tienen ese carácter incesante que atrapa la mirada y que arrastra el pensamiento hacia un mundo de ausencias, en el que habitan los recuerdos y las esperanzas. Sentados formando un círculo, nada

inmediato arrebatava la mirada, el aliento o la vida de los seres humanos. Entonces hablaron. Hablaron de ese mundo de recuerdos y esperanzas.

¿Cómo se podría estar sentado en torno al hogar si no fuese ésa una experiencia colectiva? En ese contorno surge el relato, ese mundo paralelo arrojado sobre el mundo duro y misterioso de la realidad a secas. Ahora del bosque no emergen sólo el peligro y el miedo sino también el encanto y la magia de hadas y duendes. La convivencia en torno a la lumbre transforma a la manada en familia. Desde el hogar surge la historia, la religión y la perplejidad frente al universo.

En torno al fogón nacen las preguntas: el niño quiere saber por qué el fuego calienta y quema, de dónde viene y el lugar en el que duerme cuando empieza el día. Allí surge la inclinación inquieta por saber sobre los astros y por la vida que somos. Allí se habla de los orígenes de los seres humanos, de dioses, héroes y epopeyas. En torno al hogar nace la biografía. ¿Quién puede hablar de su biografía sin referirse a su hogar de origen?

Leyendo unas notables páginas de Félix Schwartzmann me enteré que Einstein solía decir que las ecuaciones eran verdaderas sólo si eran simples y bellas¹. Goethe, en “Poesía y Verdad”, su gran relato autobiográfico, sostiene que una biografía confesada en el lenguaje no es una cronología de los sucesos de una vida, pues sus escenas no necesariamente corresponden a cómo los hechos fueron en realidad². Lo poético de una existencia requiere su propio orden y se salta la secuencia algo errática que salpica la vida de cualquier ser humano. Entonces, las biografías son verdaderas

¹ Schwartzmann F. *El discurso del método de Einstein*. Dolmen, Santiago, 1994. Ver en esta misma edición de GPU un escrito clásico de Félix Schwartzmann sobre “El silencio y la palabra en la poesía de Neruda”.

² Goethe JW. *Poesía y Verdad*. Alba Editorial, Barcelona 1999

por su sentido y no por la crónica. Toda biografía es una narración que afanosamente busca el engranaje de la existencia de cada cual. Sin embargo, ese sentido es mucho menos privado que lo que se suele pensar. Al revés, estamos desde el inicio de nuestra existencia formando un círculo con otros seres humanos y creando, mediante el lenguaje, el mundo compartido en el que vivimos. En conjunto somos testigos de una época, de una circunstancia y de un idioma, lo que hace que cada historia personal tenga un marcado coeficiente de comunidad de destino.

Mariane Krause en su obra *Psicoterapia y Cambio: una mirada desde la subjetividad*, se refiere a las “teorías subjetivas” como las construcciones psicológicas que las personas hacemos de nosotros mismos, de nuestras relaciones interpersonales, de nuestra capacidad para enfrentar conflictos, y también de lo que somos biográficamente³. Esto es lo que cambia con el proceso psicoterapéutico, el que otorga una nueva y orientada mirada sobre sí mismo y las circunstancias. Este proceso está estrechamente relacionado con la identidad, la seguridad, la autoestima y otras construcciones del mismo ámbito. Otros autores hablan de “narrativas”, y se refieren con ello a la capacidad del hemisferio izquierdo, y especialmente del cerebro social, para crear historias que le dan coherencia al self social⁴. El hemisferio izquierdo ha sido denominado “el gran narrador”. Sin embargo, los patrones de apego –y gran parte de la vida emocional– están especialmente vinculados al hemisferio derecho y al desarrollo inicial pre-lingüístico y, por lo tanto, operan de manera básicamente inconsciente⁵. Hoy está claro que el lenguaje no surge en la nada, sino que se desarrolla anudando gestos y transfigurándolos a la sintaxis del verbo: la mirada, la caricia y el sonido entonado pre-lingüísticos son la matriz emocional sobre la que el lenguaje teje su narración.

La psicoterapia desde siempre supo que el lenguaje era sólo una vía para alcanzar los estratos emocionales más profundos y alejados de la conciencia inmediata. La carga emocional que se traslada a través de diferentes significantes en el *Hombre de las ratas* ejemplifica lo que decimos⁶. Sin embargo, y probablemente derivado

de los encuadres experimentales de la ciencia, el psicoanálisis inicial se vio requerido a controlar las variables del proceso. Esto significó en los hechos elegir la palabra –casi pura– como lo único permitido en medio de la prohibición metodológica del gesto en el *setting* psicoanalítico. La recuperación de la fluida libertad del lenguaje era signo de la mejoría del paciente.

Hoy ese encuadre está experimentando importantes cambios. A nuestro entender, se está produciendo una suerte de *anábasis*, un paso hacia atrás, hacia la integración de las etapas pre-lingüísticas y mímicas del desarrollo humano como formas expresivas utilizables técnicamente desde los primeros pasos de una psicoterapia. André Sassenfeld, en el N° 1/2008 de la GPU, nos ilustra en su trabajo “Lenguaje corporal e intencionalidad relacional” acerca de esta dimensión. El cuerpo es el territorio en el que la ontogenia deja su huella. La mayor parte de esa huella es invisible fuera del gesto, y se crea y mantiene neurobiológicamente en la interacción, encarnándose en cada momento de la intersubjetividad, con independencia de la conciencia.

“En este sentido –dice Sassenfeld– la estructura corporal del paciente representa una declaración concreta condensada de su historia psicobiológica y, al mismo tiempo, de su funcionamiento psicobiológico actual”. El lenguaje de los cuerpos es la semiología natural de la convivencia entre mamíferos, y, en el ser humano, allí aparecen los signos más claros de aceptación, rechazo, deseo, interés, agresión, ternura, acogimiento, desprecio, dominación, sumisión, paz, jerarquía e innumerables otros. Si esa gestualidad es básicamente inconsciente no puede sino tener, en la mayoría de los casos, el carácter de la auténtica espontaneidad⁷. Cabe entonces preguntarse: ¿Cómo controla el terapeuta su gestualidad más básica? ¿La percibe? ¿La conoce, la domina, la guía en interés del paciente? Mediante sus gestos el terapeuta puede acoger o simplemente tolerar, interpretar o claramente arremeter, interesarse o no en los temas de sus pacientes, y así en una innumerable cantidad de posibilidades. Es evidente que no es lo mismo una u otra de esas posibilidades o el conocimiento explícito que se tenga de ellas por parte del terapeuta. El verbo puede ocultar, el gesto es siempre revelador. Cabe también preguntarse si esta nueva semiología no es el mayor desafío de la psicoterapia contemporánea: reconocer, integrar y usar técnicamente la intercorporalidad como el fundamento de la intersubjetividad.

CÉSAR OJEDA

³ Krause M. *Psicoterapia y Cambio: una mirada desde la subjetividad*. Ed. Universidad Católica de Chile, Santiago, 2005

⁴ Cozolino L. *The Neuroscience of Psychotherapy*. Norton & Company, New York, 2002

⁵ Schore A. *Affect Regulation and Repair of the Self*. Norton & Company, New York, 2003, y *Affect Dysregulation*, Norton Company, New York, 2003

⁶ Freud S. *Obras Completas*. Editorial Biblioteca Nueva, Madrid, 1967

⁷ Sobre este mismo tema ver entrevista a Rafael Núñez en este número de GPU

RESONANCIAS NUCLEARES

Por Pu-Edser

Cleverio se levanto esa mañana esperando que no ocurriera nada particular y que su mundo se mantuviera sostenido y suspendido del cambio, como le gustaba.

Sin embargo, las rutinas tendrían ajustes ese día por algo que anualmente y religiosamente realizaba desde los cuarenta y cinco años: medirse todo lo medible en su sangre. Se acercaba al laboratorio, pedía la lista de exámenes que existía (VHS incluido, aunque ya no... no tenía sentido) y se los autosolicitaba todos.

Se presentó ese día muy temprano, adelantándose a la encargada y al sistema que aún no estaba operativo. El guardia, al verlo erguido junto al escritorio con un rictus en torno a los labios, lo invitó cortésmente a sentarse y esperar. Cleverio se sentó en la primera fila de la sala de espera y abrió su lectura de tránsito, la adecuada para esperas sin plazo fijo. Se trataba de un ensayo que argumentaba la influencia de la filosofía en la arquitectura europea. Daba ejemplos de catedrales inspiradas en escritos de Bachelard y en instalaciones que daban vuelta el concepto de escultura cuando la misma era una grieta en el suelo. Estos asuntos no apuntan a la pragmática misma de nuestra profesión, pensaba Cleverio, pero el gusto de ver contorsionarse el logos ajeno es comparable a un espectáculo del Cirque du Soleil, gratis. Se dejaba llevar por el espectáculo conceptualista, siguiendo cada uno de sus movimientos con admiración y curiosidad. Este libro estaba destinado a los momentos de tránsito que presenta el tiempo entre dos asuntos, porque lo que en realidad estaba estudiando era la trilogía de Sloterdijk, un filósofo alemán saltimbanqui de la lógica que jugaba como francés con las formas del pensar y, de paso, por supuesto, con el pensamiento del lector, haciéndolo sentir a ratos inteligente y a ratos un perfecto ignorante.

Lo especial esa mañana no fueron las inspiraciones que el autor podría, y de hecho podía hacerle, sino una niña sentada a

su lado, aparecida de la nada, o más bien de la concentración extrema que podía alcanzar Cleverio por las mañanas (podía estar en el medio de un centro comercial, un aeropuerto, una reunión de vecinos o de apoderados, leyendo filosofía). La niña habría llegado con alguien y él no la tuvo en el foco para saberlo, seguramente, ¿cómo si no? Tendría entre tres o cuatro años, vista su estatura, su piel y el modo de mirar y decir, tan tranquila y confiada como un ave en vuelo antes de ser disparada.

Tenía ojos cargados de mirada, de esos que no te dejan ir y que te dicen más y por eso no te vas.

Le preguntó por la nada, así de repente, como tirándose al lago, sin decir agua va, a cazar un insecto submarino. ¿La nada? Pensó Cleverio ya lejos de existencialismos en su geografía intelectual, ¿qué hace una niña queriendo saber qué es la nada? La niña prosiguió con las preguntas postporqué ¿Dónde? ¿Cómo? ¿Para qué existía la nada? Además, decía, he notado que “nada” es una palabra que no gusta, no se repite tanto como otras del tipo “mira” o “gracias” pasajeras frecuentes del metro cotidiano. Esta palabra, dijo la niña, más parece una puerta cerrada que se abre a veces para dejar salir enanos aburridos de desenvolver canastillos de significados. ¿Sabes? –le siguió hablando sin dejarlo pensar– he bautizado como Nada a mi oso de peluche, una nada blanca y suave que suele perderse y encontrarse y perderse otra vez. Mi Nada se siente divina pues, como Dios, está en cualquier parte y a la vez en ninguna. No respeta ni el tiempo ni el espacio, los considera estupideces humanas y por eso hoy no la encontré, si no, te lo presentaba. Cleverio pensó que tal vez esta niña era un Asperger que había escuchado en History Chanel, un programa de Sartre que lo repetía son entender: nadie podía hablar de la nada sin haber leído algo de esto. La niña, tal vez adivinando sus pensamientos o tal vez sólo por azar, le tomó la mano para que la ayudara a incorporarse. Cleverio creyó que intentaría llevarlo donde estaban los padres pues seguro estarían por allí preocupados buscándola, y se dejó llevar. La niña, sin titubeos, caminaba por los pasillos del hospital; cruzó varios pórticos característicos de estas construcciones coloniales y finalmente giró hacia la antigua capilla. Esta era una construcción muy

delicada que imitaba el Santo Sepulcro en formas simplificadas y reducidas, enmarcándolo en una arcada bizantina bien trabajada en mármol negro. A un lado, una pequeña escalera clausurada con una reja de madera barnizada y olorosa protegía de la pasada a los extraños. La niña sacó de su bolsillo del jeans una llave y abrió con soltura lo que parecía clausurado.

Cleverio creyó que tal vez era allí donde vivía la niña. Puede que haya sido adoptada por los frailes que custodian el Santo Sepulcro o tal vez es hija de la gobernanta o quizá se trata de la hija de un fraile díscolo. Por interpretaciones que den coherencia a la experiencia Cleverio no se quedaba atrás. Comenzaron a bajar los escalones de la escalera de mármol negro. Se veía que el bloque traído de África había alcanzado para algo más que la columna.

En el quinto escalón un descanso permitía admirar un fresco que recordaba el génesis –genético. Un ser desdiferenciado como las nubes, líquido como el agua y lleno de energía como el fuego, se distinguía al centro. Se encontraba de espaldas, muy concentrado y mirando una pantalla gigante de computador dentro de un laboratorio particular donde todo era transparente y parecía no existir por falta de solidez. Dentro de la pantalla un árbol de luz mostraba como origen bacterias, hongos y protozoos. El tono predominante del fresco era algo como metálico-violeta que se obtenía fraccionando en nanómetros el polvo de desechos de discos duros. La nada es justamente el principio unitario, dijo la niña, es como el azúcar, indispensable para los procesos de vida. Mucha nada se necesita para obtener movimiento, mucha nada para contrastarla con lo definido. La nada es viscosa como el aceite, es un magma que respira con su ritmo, un instante antes de encontrarte con el gusto de un soufflé o la papa frita. Qué placeres nos da la nada ¿no lo crees? Cleverio estaba en perfecto estupor, ya no pensaba ni respondía a más estímulos.

El fresco ocupaba toda la pared, y en el cuerpo de este ser pintado Cleverio encontró algo familiar, un arco en la zona cervical, el modo en que el cuello se plantaba en la espalda o tal vez era el ángulo de los brazos a los lados del computador, pero no pudo descifrar con quién estaba asociando la imagen.

En cada ángulo estaban representados los cuatro elementos: aire, agua, fuego y tierra por iconos medievales. El quinto elemento se sugería como la tecnología, en un escrito que se leía a modo de rúbrica de escudo de armas: *quintum est tekne*. Parecía que el fresco hubiera sido una obra colectiva, a juzgar por la multiplicidad de trazos diversos en la superficie de la pintura y, sin embargo, daba la idea de coherencia.

Más abajo aún, en la primera vuelta del escalón quince, un tubo recto se suspendía a medio metro del suelo, parecía ser de materia sólida aunque al tocarlo se comprobaba que, en verdad, se trataba de una imagen que no ofrecía resistencia alguna a la mano inquisitiva de Cleverio. Su antebrazo cruzó los supuestos límites del tubo sin dejar rastros de esta experiencia ni en el tubo/brazo de Cleverio, ni menos en el tubo/tubo del tubo.

El tubo tenía, como todo tubo, una boca de entrada y una de salida que eran, en este caso, intercambiables, una especie de boca ano que aseguraban el fluir digestivo del tubo. El ano, al ser analizado (cambiado), se transformaba en boca. El tubo era de color luz, es decir, la suma de todos los colores y dependía más bien de que el receptor lo captara para inter-definir el espectro que ocupaba en esa particular interacción. Cleverio lo pensó más académicamente: la experiencia del color del tubo está directamente relacionada con el acoplamiento o enganche que el tubo y el observador del tubo son capaces de producir. El observador, al colapsar todas las probabilidades de color en una, tiene la experiencia de la creación de verdad. ¡Gran experiencia aquélla! El observador “ve” el tubo y tiene la sensación que el tubo se constituye justamente gracias a sus redes neurales distribuidas por todo el cuerpo. Ahora el observador puede sentirse rey y señor del objeto que es de su propiedad (emergente diríamos). Sentirse rey, dueño y creador se resume sensorialmente en el aparato muscular: un pecho ancho, un mentón erguido, un tono dispuesto a la adversidad. De pronto se encarna a Aquiles enfrentando a Héctor en la *Ilíada* o a Martin Luther King con su inicial proyecto demente. Así era el escalón quince: pura omnipotencia, holgura, infinitud. Puro aire entrando a oxigenar la futura acción, pura concentración al objetivo y puro arrojé incontrolado. Lo extra-

ño de todo esto era que el tubo era nada o, por lo menos, nada definible desde la física euclidiana y que, por otra parte, mostraba un proceso de flujo permanente de nada: nada por aquí, nada por allá. Habría que señalar que con el tubo se tenía la exacta sensación de estar en el reverso de Dios (el todo) que vendría a ser posicionarse en la misma moneda de Dios, es decir, en el escalón quince estabas en la misma posición de la moneda todo/nada, o sea, frente a Dios mismo, empatizando y resonando con su omnipotencia. De pronto fluías con Dios en una fusión momentánea. ¡Uff! Esto se ponía raro, logró rescatar Cleverio desde su confusión.

La niña habló del Señor Tubo y lo describió como “Nuestro sensei. El Tubo nos recuerda que las cosas pasan y que hay que dejarlas pasar sin intentar retener la circulación de lo vivo. Es el paso, el pasar, la pasantía, el principio fundamental. No creemos en la ley de gravedad. El eterno movimiento de Parménides es más vital que la pasividad de Newton. Para eso tenemos esta imagen aquí: para inspirarnos hacia el movimiento” –dijo.

Cleverio a estas alturas (o bajezas pues ya iba en el escalón 33) se olvidó de la hora. La niña le soltó la mano cuando lo sintió más confiado y se dejó llevar hacia una puerta amplia alta y antigua. La puerta parecía tener varios siglos de función ya que exhibía cicatrices varias: diferentes cerraduras y manillas la habían abierto y otros instrumentos punzantes habían hecho el intento sin lograrlo, clavos que hubieran querido sostener herrajes de seguridad y capas de barnices y pinturas mostraban las irregularidades como arrugas sin posibilidad de tener cirugías estéticas. Toda su historia se hacía evidente al observarla: pequeñas socavaciones simétricas indicios de tornillos, desvíos de los ángulos del marco y hasta un parche venido de otro tejido en la veta. La historia de una puerta que habría separado y comunicado quizá cuántos eventos.

La niña sólo la tocó y la puerta cedió a esta cuasi caricia dejando entrever una habitación en semipenumbra, rodeada de libros desde arriba hasta abajo, en la que se veía una alfombra muy gastada –que habría sido persa en su origen y desecho en su presente– sobre la cual y sentados en círculo había siete niños que en total no

sumaban 28 años de edad. Los niños reían entre ellos, se pasaban libros y hacían dibujos que dejaban al centro. Uno registraba con una cámara lo que sucedía mientras otro editaba.

Los siete se giraron a mirarlo con ojos fijos y grandes en un silencio que intimidó al psiquiatra. Los niños percibían sus detalles más ínfimos y el psi sentía que estaba siendo examinado (tal vez eso era lo que sentían sus propios pacientes en las primeras entrevistas, cuando aún no se cae en la esfera de coherencia del otro y es posible verlo con mayor claridad). “Es especial –dijo la niña– por eso lo traje.” “¿Especial? –se preguntaba Cleverio– ¿Yo especial? Soy ordenado, decente, responsable, metódico, pero esto ¿es especial?” “Se trata de una especie en extinción –agregó la niña–, personas que cuidan su entorno, que no violentan a los otros ni a los objetos ni a los lugares públicos; que pagan con anticipación sus cuentas y no usan tarjetas de crédito. Suelen no ir a fiestas y por supuesto no trasnochan. Su vida es como una tarea sin fin, que no tiene sentido más que en el deber, el orden y la frugalidad.”

“¿Yo en extinción? –se preguntó Cleverio– ¿Y cuál es la especie vencedora? Porque si me extingo alguien se queda con el botín, según las básicas leyes de la conservación del todo”. “Pues claro –se aclaró mentalmente– la especie vencedora es el adolescente tipo. Una bestia que no duerme con el cosmos ni la familia, se ducha y peina ocasionalmente y usa la entropía como principio ordenador.

Es capaz de tener muy buena comunicación con todo artefacto o programa que lo lleve a sus altos fines: conseguir una gran cantidad de información en música o imágenes. Se comunican con monosílabos ambiguos de modo de descartar los requerimientos de coordinación complejos, como llegar a la hora a un lugar o aun peor, permanecer en él. Una especie que consume *fast-food* y no que entiende la *nouvelle cuisine*. Una especie que habla, digita, escucha, come, bebe, habla, todo a la vez y no toma apuntes en clase porque todo lo sabe desde antes con sólo dedicar horas a los video-juego, las *lyrics* de los grupos más extraños y muchas *movies*. Una especie que considera *avant garde* a las telas raídas, rajadas, deshilachadas, decoloradas y deformes, antes consideradas de mal gusto.”

“Justamente –afirmó un niño de lentes y palabra facilitada, que también parecía leerle la mente–, los procesos cognitivos de esta bestia especie contemporánea son muy diferentes a los de este hombre *standard* y, por eso, está aquí: para tener nuestra lección de historia contemporánea comparada.” Otro más allá decidió que lo usaría de base para un personaje en su próximo video juego, y dos niñas se entusiasmaron con la idea de comprender sus procesos perceptivos y la posterior construcción de su subjetividad. Uno calladito dijo “yo estudiaría su historia”; “o mejor cómo jugaba al fútbol” –gritó

su compañero. “Yo, en cambio –dijo la otra– qué arquitecturas lo albergaron”. Y el que lo miraba más fijamente dijo: “éste no ha estado en ninguna guerra: a mí no me sirve”.

Cleverio sintiéndose en un vahído que lo obligaba a un estado de conciencia en el que su ser habitual no lograba configurarse, logra distinguir que de entre las tinieblas emerge esa misma silueta que lo había confundido en el fresco. “Sí –dijo obnubilado–, es él, Fluyama, mi colega: pero ¿qué hace aquí? Se quiso acercar, pero otra fuerza aún mayor se lo impidió y su aparato auditivo conectó con la frase: “el

sistema ha vuelto, puede pasar a su examen señor Cleverio”. Entonces se vio otra vez en el laboratorio con la enfermera tomándole la sangre habitual y sonriéndole: “tranquilo, no tienen por qué desmayarse, esto no duele y es sólo sangre, no pasa nada”. Cleverio se apretó el brazo según instrucciones y, sin entender el episodio recién vivido, decide que ha llegado el momento de consultar un colega. No sabe si las imágenes vividas que se repiten ya por días fueron un sueño, un ensueño o una alucinación compleja. Pero, sea como sea, lo que lo tiene más preocupado es eso de ser un *standard*.

ACADÉMICAS

V CONGRESO LATINOAMERICANO DE PSICOLOGÍA JUNGUANA

4 al 8 de septiembre de 2009

SANTIAGO - CHILE

Coordina: Comité Latinoamericano de Psicología Analítica CLAPA
Organiza: Grupo de Desarrollo C.G.Jung Chile
Co-organizan: Sociedade Brasileira de Psicologia Analítica (SBPA); Associação Junguiana do Brasil (AJB); Sociedad Uruguaya de Psicología Analítica (SUPA)
Auspician: Universidad Adolfo Ibáñez, Escuela de Psicología; Fundación Chilena de Psicología Analítica

Convocatoria a presentar Trabajos

Eros y Poder en la Clínica, la Educación y la Cultura

Fecha límite de presentación de trabajos:

30 de noviembre, 2008

Instrucciones y formularios en el sitio del Congreso:

<http://congreso.cgjung.cl>

Sede del Congreso: Hotel Sheraton Santiago.
Inscripción: Hasta el 30 de marzo 2009, US\$ 270; hasta el 30 de agosto, US\$ 300; en la fecha del Congreso, US\$ 330
Alumnos de pre-grado*: Hasta el 30 de marzo, US\$60; hasta el 30 de agosto, US\$ 85; en la fecha del Congreso, US\$ 100
Acompañantes: Hasta el 30 de marzo, US\$60; hasta el 30 de agosto, US\$ 85; en la fecha del Congreso, US\$ 100

* Incluye acceso a salas de conferencia, materiales, recepción de bienvenida.

Society for Psychotherapy Research (SPR)

**40^o Congreso Mundial
Investigación en Psicoterapia
40th International Annual SPR Meeting**

2^{do} anuncio

**Cruzando el puente entre
la clínica y la investigación**

Llamado a presentación de trabajos

Plazo para envío de trabajos libres, talleres, paneles y posters
1^o Diciembre 2008

Centro de Extensión Universidad Católica
Santiago de Chile June 24-27, 2009

- Organizan:
 - Society for Psychotherapy Research
 - Departamento de Psiquiatría Pontificia Universidad Católica de Chile
 - Grupo de Trabajo de Psicoterapia Sociedad de Neurología y Psiquiatría (SONEPSYN)
 - Comité Local SPR CHILE

- Para mayor información:
 - Guillermo De la Parra: guillermo.delaparra@gmail.com
 - Luis Tapia: maskmag@ctcinternet.cl
 - Marta del Río: martita_delrio@yahoo.com
 - Claudio Martínez: claumagu@terra.cl
 - Laura Moncada: lauramoncada@terra.cl



SONEPSYN

SOCIEDAD DE NEUROLOGÍA, PSIQUIATRÍA Y NEUROCIRUGÍA

**LXIII CONGRESO CHILENO DE
NEUROLOGÍA, PSIQUIATRÍA Y NEUROCIRUGÍA DE CHILE**

MENTE/CEREBRO

30 de octubre a 1 de noviembre de 2008

(Hotel del Mar, Viña del Mar)

COMITÉ ORGANIZADOR

Directora: Dra. Alejandra Armijo

Sub-Director: Dr. Pedro Chaná

Coordinador general: Dr. Rómulo Melo

Coordinadora de neurología: Dra. Carolina Kunstmann

Coordinadora de psiquiatría: Dra. Rosa Behar

Director del Programa de psiquiatría: Dr. César Ojeda

Coordinador de neurocirugía: Dr. Alfredo Yáñez

**Director Congreso de la
Asociación Latinoamericana de Cefalea:** Dr. Nelson Barrientos

Secretaría general de SONEPSYN: Sra. Fanny Rapaport

PLAZO DE ENTREGA DE TRABAJOS LIBRES: 1 DE AGOSTO DE 2008

Informaciones: www.sonepsyn.cl

Email: secretariageneral@sonepsyn.cl

PROGRAMA DE PSIQUIATRÍA

LXIII CONGRESO CHILENO DE NEUROLOGÍA, PSIQUIATRÍA Y NEUROCIROGÍA

HOTEL DEL MAR (VIÑA)

30 Y 31 DE OCTUBRE, 1 DE NOVIEMBRE 2008

PROGRAMA DE PSIQUIATRÍA

JUEVES 30 DE OCTUBRE

SIMPOSIA (4 salas paralelas)

9,00-12,30 h

- 1) ¿Qué es lo mental en los trastornos mentales?
Director: Dr. Gustavo Figueroa
- 2) Fronteras del conocimiento en psiquiatría.
Director: Dr. Hernán Silva
- 3) La práctica psiquiátrica y la Reforma Procesal Penal en Chile.
Director: Dr. Rubén Alvarado
- 4) Aplicaciones clínicas de la evidencia en los Trastornos del ánimo
Director: Dr. Jaime Solís

CONFERENCIA PLENARIA

13,00-13,45 h

Dr. Kenneth Kendler (USA)

TALLERES (5 salas paralelas)

15-17,30 h

- 1) Terapia centrada en la transferencia para pacientes con trastornos graves de la personalidad.
Director: Dr. Antonio Menchaca
- 2) Cómo trabajar en psicoterapia con mujeres maltratadas y cómo trabajar con el maltratador
Directora: Dra. Daniela Gómez
- 3) Psicoterapia versus fármacos: una propuesta integrativa
Directora: Dra. Gloria Díaz
- 4) Trastorno bipolar. Más allá de la farmacoterapia
Director: Dr. Eduardo Correa
- 5) Manejo psicoterapéutico grupal. Hospital de día. Terapia conductual dialéctica
Directora: Dra. María Cecilia Solar

COLOQUIOS (3 salas paralelas)

15-17,30 h

- 1) Psiquiatría de enlace: un modelo para el trabajo en el hospital general
Director: Dr. Matías González
- 2) Trastornos alimentarios: contribuciones a la investigación y a la práctica clínica
Director: Dr. Jaime Silva
- 3) Antidepresivos: uso y abuso
Directora: Dra. Verónica Larach

CONFERENCIA PLENARIA

17,30-18,15 h

Dr. Giacomo Rizzolatti (Italia)

LXIII CONGRESO CHILENO DE NEUROLOGÍA, PSIQUIATRÍA Y NEUROCIROGÍA

HOTEL DEL MAR (VIÑA)

30 y 31 de octubre, 1 de noviembre 2008

VIERNES 31 DE OCTUBRE

SIMPÓSIA (4 salas paralelas)

9,00-12,30 h

- 1) ¿Qué es lo biológico en los trastornos mentales?
Directora: Dra. Alejandra Armijo
- 2) Teoría de la evolución y psiquiatría
Director: Dr. Enrique Jadresic
- 3) Epidemiología en población infanto-juvenil en Chile. Estado actual y proyecciones
Director: Dr. Benjamín Vicente
- 4) Tendiendo puentes entre la neurobiología y las intervenciones clínicas en adicciones
Director: Dr. Gonzalo Acuña

CONFERENCIA PLENARIA

13,00-13,45 h

Dr. Juan Francisco Jordán: "Vida y obra de Ignacio Matte Blanco"

TALLERES (5 salas paralelas)

15,00-17,30 h

- 1) Diagnóstico psicodinámico operacionalizado (OPD)
Directores: Drs. Guillermo de la Parra, Luis Alvarado y Valentina Plaza
- 2) Programa Nacional de Depresión en Chile. Siete años de implementación
Director: Dr. Alberto Minoletti
- 3) Cuando sexualidad y muerte se encuentran en el quehacer de los terapeutas
Director: Dr. Edmundo Covarrubias
- 4) Reposo médico, licencias médicas y psiquiatría
Director: Dr. Danilo Quiroz
- 5) Módulo de habilidades relacionales interpersonales y encuentro de supervisión de terapeutas DBT (Terapia Conductual Dialéctica)
Director: Dr. Juan Francisco Labra

COLOQUIOS (2 salas paralelas)

15,00-17,30 h

- 1) Manejo del Síndrome metabólico en la enfermedad bipolar
Director: Dr. Pedro Retamal
- 2) Corteza pre-frontal y comportamiento patológico
Directora: Dra. Grisel Orellana

CONFERENCIA PLENARIA

17,30-18,15 h

Dr. Renato Alarcón (USA)

LXIII CONGRESO CHILENO DE NEUROLOGÍA, PSIQUIATRÍA Y NEUROCIROGÍA

HOTEL DEL MAR (VIÑA)

30 y 31 de octubre, 1 de noviembre 2008

SÁBADO 1 DE NOVIEMBRE

SIMPOSIA (3 salas paralelas)

9,00-12,30 h

- 1) ¿Qué es lo social en los trastornos mentales?
Director: Dr. César Ojeda
- 2) Neurobiología y psicoterapia
Director: Dr. Juan Pablo Jiménez
- 3) Ética y psiquiatría en América Latina
Director: Dr. Juan Maass

CONFERENCIA PLENARIA

13,00-13,45 h

Dr. Giacomo Rizzolatti (Italia)

TALLERES (4 salas paralelas)

15,00-17,30 h

- 1) Realimentando la mente en la Anorexia nerviosa
Directora: Dra. Dafne Díaz-Tendero
- 2) Psiquiatría forense: parricidio
Directora: Dra. Vilma Ortiz
- 3) Factores protectores de vínculo de pareja
Director: Dr. Luis Tapia
- 4) Controversias sobre responsabilidad médico-psiquiátrica en la práctica laboral actual
Director: Dr. Víctor Lermada

COLOQUIOS (2 salas paralelas)

15,00-17,30

- 1) Implicancias del diagnóstico en el tratamiento de Trastorno bipolar
Director: Dr. Jorge Cabrera
- 2) Déficit atencional del adulto: una situación no diagnosticada
Director: Dr. Juan Carlos Martínez

CONFERENCIA DE CLAUSURA

17,30-18,15 h

Dr. Kenneth Kendler

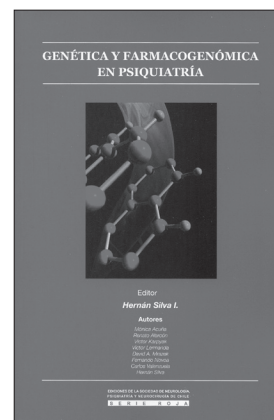
GENÉTICA Y FARMACOGENÓMICA EN PSIQUIATRÍA

Editor: Dr. Hernán Silva

Coautores: Mónica Acuña, Renato Alarcón, Víctor Karpyak, Víctor Lermenda, David A. Mrazek, Fernando Novoa, Carlos Valenzuela y Hernán Silva

Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile, Santiago de Chile; 2007

(Rev GPU 2008; 4; 2: 159-160)



Jorge Cabrera

En nuestra actividad clínica habitual nos encontramos con pacientes y grupos de pacientes que responden de manera diferente al ser tratados con dosis similares de la misma medicación. La llamada “revolución farmacogenómica” de los últimos 15 años ha ayudado a comprender en parte el porqué de esta respuesta diferencial y pasar desde una indicación de psicofármacos basada en el método de “ensayo y error” a un tratamiento personalizado basado en el genotipo único de cada paciente. Como señala el Dr. Silva en la introducción de este libro, “farmacogenómica puede ser definida como el empleo de la información genómica para guiar el tratamiento farmacológico”. En la práctica, consiste en la realización de pruebas de tamizaje genotípico para tomar decisiones clínicas, respecto de la elección de los psicotrópicos y dosis adecuadas para cada individuo en particular.

El término farmacogenómica ha venido siendo empleado cada vez con mayor frecuencia en lugar del más clásico de farmacogenética. Ambas palabras designan esencialmente lo mismo y la diferencia terminológica consiste en que genética alude al estudio de un gene y sus efectos, en tanto que genómica comprende el estudio más ambicioso de todos los genes del genoma, sus funciones, y sus interacciones recíprocas.

Este libro es fruto del primer curso “Genética y Farmacogenómica en Psiquiatría” realizado en junio de 2007 en Santiago de Chile, en el contexto del programa de intercambio académico entre SONEPSYN y la Clínica

Mayo de Rochester, uno de los centros más activos de investigación de farmacogenómica en Norteamérica.

La Dra. Mónica Acuña en el capítulo Farmacogenética: hacia una medicina personalizada, revisa los genes que codifican para las enzimas que metabolizan medicamentos en las llamadas Fase 1 y Fase 2. La autora pasa revista a la nomenclatura de las enzimas del sistema del citocromo P450 (CYP), las que son vitales en el metabolismo oxidativo de numerosos compuestos endógenos (esteroides, ácidos grasos; prostaglandinas y exógenos (drogas, alcoholes, antioxidantes, agentes anestésicos, etc.). Se enfatiza sobre las diferencias individuales en la metabolización de los fármacos y en particular de las diferencias étnicas, por lo cual sugiere una pronta caracterización farmacogenética y farmacogenómica de la población chilena.

Los Drs. Renato Alarcón y David Mrazek en el capítulo Farmacogenómica psiquiátrica: actualización y perspectivas, revisan la terminología básica en el campo de la genética y vuelven a analizar la nomenclatura del sistema enzimático del citocromo P450. Este sistema metaboliza la mayoría de los agentes psicotrópicos, entre los que se incluyen los antidepresivos tricíclicos, los antipsicóticos, algunos benzodiazepínicos y, lo más importante, la mayoría de los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (IRSRs), además de algunos antidepresivos atípicos. La enzima más conocida y estudiada del sistema enzimático P450 es la 2D6. Cada enzima del sistema es codificada por un gene específico.

Las enzimas CYP 2D6, 2C19, 2C9, 3A4 y 1A2 cubren el 70% de la fase 1 de la biotransformación metabólica de muchos compuestos.

Los Drs. Karpyak y Lermenda en el capítulo Investigación farmacogenómica en adicciones, señalan que el rápido progreso en la investigación farmacogenómica provee las primeras evidencias sobre asociaciones entre variaciones genómicas y la presentación clínica de desórdenes adictivos, desde la sensibilidad a las sustancias adictivas a la selección de tratamientos. Aunque hay resultados promisorios en cuanto a la predicción de riesgos de dependencia y a los efectos del tratamiento basados en los polimorfismos genéticos, se requieren validaciones en muestras de mayor tamaño en esta área.

El Dr. Silva, en el capítulo Farmacogenómica y trastorno límite de personalidad, presenta los fundamentos de la investigación neurobiológica en esta patología, concentrándose en el sistema serotoninérgico, ya que existe abundante evidencia que lo asocia con el control de las conductas impulsivas y con la agresividad, tanto en modelos animales como en humanos. La impulsividad es un rasgo de personalidad heredable vinculada de modo importante a posibles disfunciones del sistema serotoninérgico. En consecuencia, el estudio de las variantes funcionales de genes que programan el funcionamiento de este sistema posee la mayor importancia. Entre las variantes estudiadas el Dr. Silva revisa los estudios realizados con la enzima triptofano hidroxilasa, con el transportador de serotonina, y con los receptores para este neurotransmisor. En la parte final de este capítulo el Dr. Silva comenta el estudio chileno de farmacogenómica con inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS) en trastorno límite de personalidad. En este trabajo se estudiaron varios polimorfismos del sistema serotoninérgico como predictores de la respuesta al tratamiento con fluoxetina en un grupo

de 59 pacientes limítrofes. Se estudiaron alelos de triptofano hidroxilasa, de receptores de 5HT1B y 5HT2C, además de los alelos corto y largo del transportador de serotonina. Se encontró que los pacientes con trastorno límite de personalidad portadores del genotipo LL de la región promotora del gene transportador de serotonina tuvieron una mayor reducción de la agresividad, medida con la escala de OAS-M (Overt Aggression Scale Modified, que los portadores del alelo corto (S) cuando fueron tratados con fluoxetina durante 12 semanas.

Por último, el Dr. Fernando Novoa revisa en forma exhaustiva las implicancias éticas de la investigación y aplicación clínica de la genética, señalando “el riesgo de estigmatizar a las personas, con importantes consecuencias para ellas en el campo laboral y de seguros de salud entre otras situaciones negativas, por ser portadores de una genopatía”.

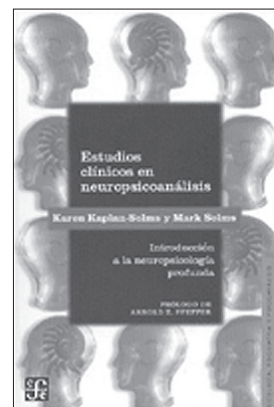
En resumen, la publicación del libro *Farmacogenómica Psiquiátrica* en español editado por el Dr. Hernán Silva dentro de la “Serie Roja” de Ediciones de la Sociedad de Psiquiatría, Neurología y Neurocirugía de Chile (SONEPSYN), constituye un aporte concreto a la formación médica continua de los psiquiatras chilenos y latinoamericanos. Recomiendo este texto, en especial, para aquellos colegas jóvenes que aún se encuentran cursando el periodo de residencia en psiquiatría.

Para finalizar, una reflexión surgida de la lectura de este texto: ¿Podrá la genómica cambiar la forma en que tratamos a nuestros pacientes en psiquiatría? Indudablemente lo hará. La consecuencia más importante de la utilización de la farmacogenómica será individualizar o personalizar el tratamiento, permitiéndole al clínico el diseño de una terapia farmacológica y psicológica “a la medida”, basado en el genotipo único de cada paciente y no en la respuesta promedio de pacientes o grupo de pacientes de una etnia diferente.

ESTUDIOS CLÍNICOS EN NEURO-PSICOANÁLISIS: INTRODUCCIÓN A LA NEUROPSICOLOGÍA PROFUNDA

Autores: Karen Kaplan-Solms & Mark Solms
Fondo de Cultura Económica (2005/2000)

(Rev GPU 2008; 4; 2: 161-163)



Christian Salas¹

En las últimas décadas numerosos autores han reconsiderado la posibilidad de integrar los hallazgos neurocientíficos sobre la conducta y las concepciones psicoanalíticas sobre el aparato psíquico (ver Chiesa, 1995; Peled & Geva, 1999; Schore, 2005; Freeman, 2006; Mundo, 2006). El estudio sobre los mecanismos neurofisiológicos y neuroanatómicos del conocimiento implícito (Schacter, 1992, Mancía, 2006) la neurobiología del trauma (Saporta, 2003; Weber & Reynolds, 2004) y la neuropsicopatología del desarrollo (Schore, 1997; Schore, 2003a, Schore, 2003b) parece haber ofrecido un campo fértil para reconstruir lazos entre dos disciplinas que por años se consideraron epistemológicamente incompatibles. Algunos argumentan al respecto que han sido el desarrollo de nuevos instrumentos de observación del funcionamiento cerebral, y la necesidad de una teoría comprensiva que guíe la indagación científica, las causas de la emergencia de esta línea de pensamiento (Kandel, 1999). Otros, más escépticos, han considerado esta nueva tendencia como una amenaza reduccionista a la esencia hermenéutica del quehacer psicoanalítico (Blass & Carmeli, 2007).

Dentro de este firmamento, el libro de Karen Kaplan-Solms y Mark Solms es muchas veces aludido como referencia emblemática al nuevo paradigma del problema mente-cerebro. Y debo reconocer que me sorprende la facilidad con que es utilizado en comparación a la escasa reflexión de la cual es objeto en el pensamiento neurocientífico y psicoanalítico. He aquí uno de los motivos de esta reseña: esclarecer el sentido del libro y seducir al lector a revisarlo por sí mismo.

Son varias las razones que hacen de este libro una referencia obligada. No sólo para el psicoanálisis y la neurociencia sino también para quienes se desempeñan en la rehabilitación de personas que han adquirido una lesión cerebral. Empecemos por aquí. Éste es un libro de "estudios clínicos"; donde se describen procesos psicoanalíticos (algunos breves, otros más extensos), de orientación freudiana, dos o tres veces por semana, con personas que presentan diversos perfiles de daño neuropsicológico producto de lesiones cerebrales focales. El lector podrá preguntarse cuál es la relevancia de este "experimento". Su relevancia es inmensa en muchos sentidos.

¹ Docente Unidad Psicoterapia Dinámica Instituto Psiquiátrico "José H. Barak". Neuropsicólogo, Clínica de Neurorrehabilitación Los Coihues. Correspondencia a Laguna Sur 6561, Estación Central, Santiago. Fono: 4657900. Fax: 4657902. E-mail: csalas@loscoihues.cl.

En primer lugar, en la literatura sobre psicoterapia y personas con lesión cerebral, es el único libro que describe en profundidad procesos psicoterapéuticos con esta población. Un tema extremadamente polémico en el campo, donde tiende a pensarse que las personas que han adquirido una lesión cerebral son incapaces de adherir y utilizar la psicoterapia. Al respecto, este libro derrumba numerosos mitos.

En segundo lugar, el trabajo de Kaplan-Solms y Solms ofrece una solución metodológica a la investigación y evaluación neuropsicológica. Hasta la fecha las baterías de evaluación neuropsicológica han podido acceder de forma fragmentaria y estática a los procesos mentales, describiendo mecanismos como la atención, memoria, lenguaje y funciones ejecutivas. El gran déficit de la neuropsicología radica en haberse constituido en una "neuropsicología de superficie", no logrando aprehender la naturaleza compleja y dinámica de la mente. La personalidad, la emoción y la motivación no han podido ser incorporadas adecuadamente en esta disciplina. Las consecuencias de esta falencia son obvias si consideramos que las personas que sufren una lesión cerebral continúan siendo organismos dinámicos y profundos. Esta limitación ha impactado en la comprensión y diseño de intervenciones rehabilitadoras. He aquí el punto donde los autores realizan un aporte invaluable. La utilización de la herramienta analítica, como instrumento de exploración por excelencia del aparato mental, por medio del análisis de la transferencia y contratransferencia, permite acceder a la profundidad de la experiencia subjetiva que estos pacientes tienen de sí y del mundo.

Los historiales de casos relatados en este libro permiten observar cómo y en qué medida una función psicológica (como el proceso secundario) puede ser afectada por una lesión cerebral focal (daño en la corteza prefrontal ventromedial). Como señalan los autores, la utilización de este método es el primer paso para la generación de un modelo neurológico putativo de los procesos mentales. El método propuesto por Kaplan-Solms y Solms se sustenta en ciertas observaciones freudianas respecto a la ubicación virtual y funcional de los fenómenos psíquicos, no pudiendo localizarlos en zonas cerebrales específicas (algo que descubrió Freud al no encontrar alteraciones morfológicas post mortem de pacientes neuróticos), siendo sólo posible describirlos por medio de un análisis psicológico. Además, los autores toman el método de "localización dinámica" de Alexander Luria para determinar, posteriormente al análisis psicológico, la estructura perturbada que da coherencia a la presentación del síndrome. Epistemológicamente, el método que subyace al Neuro-Psicoa-

nálisis, o Neuropsicología Profunda, intenta estudiar el mismo objeto (un proceso psicológico) desde una perspectiva psicoanalítica y neurocientífica (perfil de déficits neuropsicológicos), de tal manera que los dos conjuntos de observaciones, y las conclusiones teóricas resultantes refieran a la misma realidad, conectando así los enfoques subjetivo y objetivo de la realidad mente-cerebro (Turnbull & Solms, 2004).

Por último, es necesario resaltar la relevancia de este libro al pensamiento psicoanalítico. El Capítulo 1, "Los Orígenes del psicoanálisis en la Neurociencia", es destacable en cuanto describe a un Freud lúcido y visionario respecto al problema mente-cerebro. La argumentación de los autores diluye la clásica lectura de un Freud que rompe relaciones con una visión neurológica de la mente, dejando más bien la sensación de un Freud que evoluciona hacia una teoría neurocientífica propia. En cuanto a la aplicación del método de la Neuropsicología Profunda, el Capítulo 3 ofrece una clara y penetrante exposición de éste en relación al sueño y sus mecanismos metapsicológicos. En la parte II, de Estudios Clínicos, sólo reseñaré algunas conclusiones relativas a ciertas funciones psicológicas y sus neurorepresentaciones anatómicas: (1) la relación de los aspectos motores del lenguaje (Afasia expresiva) con el funcionamiento psíquico; (2) la perforación de la conciencia a causa de la disociación de pensamiento y palabra, debido a lesiones en el área de Wernicke (Afasia Comprensiva); (3) la anulación de la actividad mental y fragmentación del mundo representacional en lesiones parietales izquierdas; (4) la disminución de las catexis objetales y representaciones objetales totales en lesiones perisilvianas derechas; (5) la desestructuración del yo y del proceso secundario en lesiones frontales ventromediales. Finalmente, el Capítulo 10, "Hacia una neuroanatomía del aparato mental", ofrece una sistematización de los hallazgos clínicos y su relación con la metapsicología freudiana. Considero estas últimas 42 páginas una referencia de antología en Neuro-Psicoanálisis, combinando con mesura la evidencia de los hallazgos y las hipótesis que requerirán contrastación futura. Al respecto sólo cabe citar a los mismos autores para reflejar el espíritu de su empresa: "en la ciencia no cabe la vergüenza cuando se prueba que se está equivocado".

REFERENCIAS

1. Blass R, Carmelli Z (2007) The case against neuropsychoanalysis. On fallacies underlying psychoanalysis' latests scientific trend and its negative impact on psychoanalytic discourse. *Int Journal of Psychoanalysis*, 88, 19- 40

2. Chiesa M (1995) Biological and Psychic domains: Clinical and Institutional Aspects. *Psychoanalytic Psychotherapy*, vol 9, 2, pp. 121-131
3. Freeman W (2006) A biological theory of brain function and its relevance for psychoanalysis. En: Muller J, Piers C, Brent J (Eds). *The self-organizing subject of psychoanalysis and psychology*. Oxford UK: Rowman and Littlefield
4. Kandel E (1999) Biology and the future of Psychoanalysis: A new intellectual framework for psychiatry revisited. *Am Journal of Psychiatry*, 156, 505-524
5. Mancia M (2006) Implicit memory and early unrepressed unconscious: Their role in the therapeutic process (How the neurosciences can contribute to psychoanalysis). *Int Journal of Psychoanalysis*, 87, 83-103
6. Mundo E (2006) Neurobiology of dynamic psychotherapy: An integration possible. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 34, 4, 679
7. Peled A, Geva A (1999) Brain Organizations and Psychodynamics. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 8, 24-39
8. Saporta J (2003) Synthesizing Psychoanalytic and Biological approaches to trauma: Some theoretical proposals. *Neuro-Psychoanalysis*, 5, 1, 97-110.
9. Schacter D (1992) Implicit knowledge: new perspectives on unconscious processes. *Proc Nat Acad Sci*, Vol 89, pp. 11113-11117
10. Schore A (1997) Early organization of the nonlinear right brain and development of a predisposition to psychiatric disorders. *Development and Psychopathology*, 9, 595-631
11. Schore A (2003a) *Affect Dysregulation and Disorders of the Self*. W.W. Norton & Company. New York-London
12. Schore A (2003b) *Affect Regulation and the Repair of the Self*. W.W. Norton & Company. New York-London
13. Schore A (2005) A Neuropsychoanalytical Viewpoint. Commentary on paper by Steven H. Knoblauch. *Psychoanalytic Dialogues*, 15, 6, 829-854
14. Turnbull O, Solms M (2004) Depth psychological consequences of brain damage. En: Panksepp J. (ed). *Textbook of Biological Psychiatry*. Wiley-Liss, Inc. New Jersey
15. Weber D, Reynolds C (2004) Clinical perspectives on neurobiological effects of psychological trauma. *Neuropsychology Review*, Vol 14, 2, 115-129

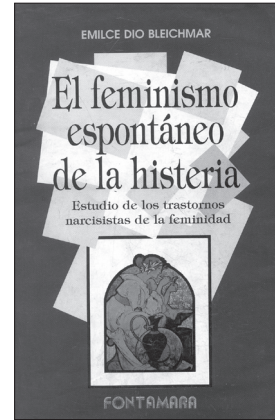
EL FEMINISMO ESPONTÁNEO DE LA HISTERIA

ESTUDIO DE LOS TRASTORNOS NARCISISTAS DE LA FEMINIDAD

Autora: Emilce Dio Bleichmar¹

Ed. Fontamara, Buenos Aires, 1989

(Rev GPU 2008; 4; 2: 164-165)



Susana Cubillos

Esta obra ha sido galardonada con el Premio Ensayo 1984 “Clara Campoamor”. Consta de dos partes. La primera reúne una completa revisión de los estudios teóricos del desarrollo psicosexual clásicos apoyándose en gran número de trabajos que sostienen una feminidad primaria para la niña (Müller, 1932; Horney, 1932-33; Klein, 1932; Jones, 1927, 1935; Zilboorg, 1944; Langer, 1951; Jacobson, 1964; Fast, 1979; Cerejido, 1983). La mirada se complejiza con la perspectiva psicológica de género desarrollada por Robert Stoller, quien a partir de estudios con niños intersexuados ha sostenido que la estructuración de la identidad la realizan los padres a través de la compleja configuración de fantasías, enunciados identificatorios y relación diferenciada que establecen con la criatura de un determinado sexo, lo que lo ha llevado a sostener que la construcción del género es un hecho social de tanta fuerza que se piensa como natural.

La segunda parte aborda en forma extensa y profunda los enigmas semiológicos, nosológicos y explicativos de “las histerias”, excurtando detenidamente el fenómeno conversivo por un lado y, por otro, la di-

mensión narcisista desplegada en las estructuras de personalidad femeninas, espacio donde reorganiza las categorías a la luz de los hallazgos de su investigación.

Prologado por Marie Langer, quien destaca la importancia de incorporar la noción de género calificando el reanálisis que la autora realiza sobre el Caso Dora desde esa perspectiva como “brillante y convincente”, afirma su concordancia con Emilce Dio a partir de la experiencia clínica, situando su mérito en la capacidad para demostrar, tras un amplio trabajo de revisión de autores pertenecientes a distintas orientaciones psicoanalíticas, lo dicho por sociólogos y feministas.

Los resultados de la investigación llevada a cabo por Emilce Dio proponen una corrección fundamental a la hipótesis clásica de la histeria, desplazando el núcleo del conflicto básico desde lo pulsional hacia la valoración narcisista. El desarrollo del análisis conducente a esos resultados es un proceso de producción de nuevos conocimientos de alto valor heurístico.

Los alcances clínicos del desarrollo de esta nueva perspectiva, que logra originalidad sin llegar a desprenderse de las categorías precedentes, son significativa-

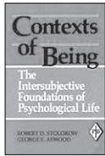
¹ Emilce Dio Bleichmar, Doctora en Medicina, psicoanalista, miembro de la Asociación Psicoanalítica Argentina y de la Asociación Psicoanalítica Internacional. Profesora de la Universidad Pontificia Comillas de Madrid. Directora del Seminario de Estudios de la Mujer de ELIPSIS (entidad colaboradora de la UPCM). Autora de los libros en torno a la temática de la feminidad: *La Depresión en la Mujer*; *La Sexualidad Femenina*; *De la Niña a la Mujer*.

mente prácticos, hecho que he comprobado en una mejor y mayor comprensión de las dinámicas del malestar en hombres y mujeres, con efecto favorable en los resultados de la ayuda. La precisión clínica de este concepto tan extendido como cargado de valor, que llamamos histeria, nos resulta entonces ampliamente beneficiosa.

El estudio de este libro contribuye de plano al logro de equidad en la atención que ofrecemos a quienes nos consultan, ya que esta categoría permite el acceso de los usuarios a los últimos conocimientos disponibles en este tema. Es tiempo de incluirlo en la bibliografía de pregrado.

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



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



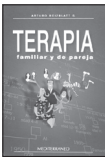
CUANDO EL ESTADO CASTIGA: EL MALTRATO LABORAL A LOS EMPLEADOS PÚBLICOS EN CHILE

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



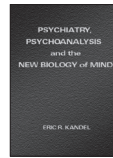
EL CEREBRO Y EL MUNDO INTERIOR. UNA INTRODUCCIÓN A LA NEUROCIENCIA DE LA EXPERIENCIA SUBJETIVA

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



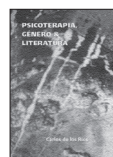
TRATADO SOBRE LA FAMILIA

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



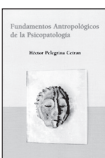
JUICIO A LA PSICOTERAPIA

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

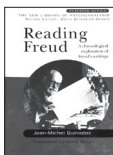


SCHIZOPHRENIC SPEECH

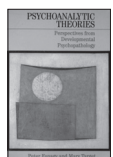
Autores: Peter McKenna y Tomasina Oh
Ed: Cambridge University Press, London, 2005
Comentario: Rev GU 2005; 1; 3: 229-232
Compra: www.amazon.com



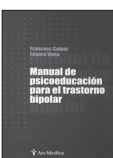
TRAYECTO DEL PSICOANÁLISIS DE FREUD A LACAN
 Autores: Michel Thibaut y Gonzalo Hidalgo
 Ed: Universidad Diego Portales. Segunda Edición, Santiago, 2004, 268 páginas
 Comentario: Rev GU 2005; 1; 3: 233-235
 Compra: www.udp.cl/publicaciones



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



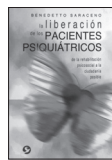
EL TRASTORNO BIPOLAR Y EL ESPECTRO DE LA BIPOLARIDAD
 Editor General: Hernán Silva
 Ed: C y C Aconcagua, 130 páginas, 2004
 Comentario: Rev GU 2005; 1: 13-15
 Compra: cyc@consultoriaycapacitacion.cl
 Fono: 269 75 17



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



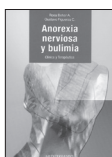
DROGA Y ALCOHOL. ENFERMEDAD DE LOS SENTIMIENTOS
 Autores: Raúl Schilkrot y Maité Armendáriz
 El Mercurio-Aguilar. Santiago, 2004, 255 páginas
 Comentario: Rev GU 2005; 1: 20-22
 Compra: www.tienda.clubdelectores.cl



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



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



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



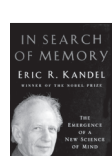
MARTIN HEIDEGGER Y EL CAMINO HACIA EL SILENCIO: ENSAYO DE CRÍTICA FILOSÓFICA
 Autor: César Ojeda Figueroa
 Ed: C&C Ediciones
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 1 : 26-28
 Compra: cyc@consultoriaycapacitacion.cl
 Fono: 269 75 17



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



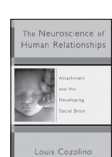
PSIQUIATRÍA CLÍNICA EN LA UNIDAD DE CORTA ESTADÍA
 Autor: Mario Vidal C.
 Ed: Serie Roja, Sonepsyn Ediciones, 2006
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 2: 132-133
 Compra: www.sonepsyn.cl



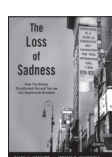
IN SEARCH OF MEMORY
 Autor: Eric R. Kandel
 Ed: W.W. Norton & Company , Inc.
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 2: 134-136
 Compra: www.amazon.com



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



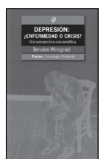
THE NEUROSCIENCE OF HUMAN RELATIONSHIPS: ATTACHMENT AND THE DEVELOPING SOCIAL BRAIN
 Autor: Louis Cozolino
 W.W. Norton & Company, New York, 2006
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 3: 242-244
 Disponible en: www.amazon.com



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



LAS EXPERIENCIAS DEL TÚNEL Y EL BARDO
 Autor: Sergio Peña y Lillo
 Ed. Grijalbo, Santiago, 2007, 174 pp.
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 3: 248-250
 Compra: www.randomhousemondadori.com.mx



DEPRESIÓN: ¿ENFERMEDAD O CRISIS? UNA PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA
 Autor: Benziñ 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



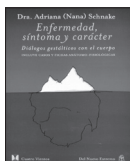
SENTIR LAS PALABRAS. ARCHIVOS SONOROS DE LA MEMORIA IMPLÍCITA Y MUSICALIDAD DE LA TRANSFERENCIA
 Autor: Mauro Mancia
 Editorial: Lumen, 2006, 301 pp.
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 4: 384-386
 Compra: www.tematika.com



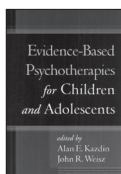
TREATING AND PREVENTING ADOLESCENT MENTAL HEALTH DISORDERS: WHAT WE KNOW AND WHAT WE DON'T KNOW
 Autores: Dwight L Evans, Edna B Foa, Raquel E Gur, Herbert Hending, Charles P O'Brien, Martin EP Seligman y B Timothy Walsh
 Editorial: Oxford University Press, USA, 2005
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 4: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



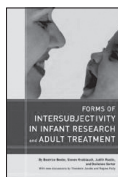
LA MUJER SOLA: ENSAYO SOBRE LA DAMA ANDANTE EN OCCIDENTE
 Autora: Alcira Mariam Alizade
 Editorial: Lumen, Buenos Aires, 1998, Colección Tercer Milenio, 220 pp.
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 4: 389-390
 Compra: magisterio@commet.com.ar



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



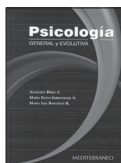
EVIDENCE BASED PSYCHOTHERAPIES FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS
 Autores: Alan E. Kazdin y John R. Weisz
 Editorial: The Guilford Press, New York, USA, 2003, 475 pp.
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 1: 21-22
 Compra: www.amazon.com



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 Bascuñán
 Editorial: Mediterráneo, Santiago, 2008, 409 pp.
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 1: 31-32
 Compra: magisterio@commet.com.ar



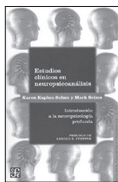
SANGRA LA ESCENA: PSICODRAMA, TERAPIA DEL TRAUMA Y DEL DUELO
 Autor: Pedro Torres-Godoy
 EDRAS, Universidad de Chile, Santiago, 2007.
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 1: 33-34
 Compra: www.psicodrama.cl



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



GENÉTICA Y FARMACOGENÓMICA EN PSIQUIATRÍA
 Editor: Dr. Hernán Silva
 Coautores: Mónica Acuña, Renato Alarcón, Víctor Karpayk, Víctor Lermada, David A. Mrazek, Fernando Novoa, Carlos Valenzuela y Hernán Silva
 Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile, Santiago de Chile; 2007
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 2: 160-161
 Compra: www.sonepsyn.cl



ESTUDIOS CLÍNICOS EN NEURO-PSICOANÁLISIS: INTRODUCCIÓN A LA NEUROPSICOLOGÍA PROFUNDA
 Autores: Karen Kaplan-Solms & Mark Solms
 Fondo de Cultura Económica (2005/2000).
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 2: 162-164
 Compra: www.libreriasdelfondo.com



EL FEMINISMO ESPONTÁNEO DE LA HISTERIA
 Estudio de los trastornos narcisistas de la feminidad
 Autora: Emilce Dio Bleichmar
 Ed. Fontamara, Buenos Aires, 1989
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 2: 165-166
 Compra: www.libreriangeles.com.mx

SILENCIO Y PALABRA EN LA POESÍA DE NERUDA¹

(Rev GPU 2008; 4; 2: 169-170)



Félix Schwartzmann

(Texto de 1966)

En ciertas formas de experiencia poética la relación expresiva originaria palabra-mundo se evidencia como un motivo de creación. Tal es el caso en el sentimiento de la naturaleza que se despierta al conjuro del advenimiento del nombre y de las revelaciones de la palabra. En este sentido, Pablo Neruda, en el *Canto general* y a todo lo largo de su obra, exalta el despertar simultáneo de las formas del paisaje natural unido a las palabras que se van destacando como horizontes que se pueblan de existencia. Por eso (también) en su poesía se erige el silencio como categoría expresiva y modo de ser de la naturaleza. Lo revela en el doble sentido de constituir algo metafísicamente valioso, al tiempo que instancia expresiva suprema. Diríase que el poeta persigue a través de la categoría del silencio la participación en el ser y la vida de las cosas; que intenta

superar ambigüedades comunicativas, procurando alcanzar un nivel en que lo expresivo se confunde con el silencio de las cosas, donde la expresividad se disipa en silencio, porque ya somos uno con las cosas. De manera que Neruda poetiza dos momentos, aparentemente antagónicos, pero complementarios en las profundidades de la expresión: la experiencia de la naturaleza que se despliega y ahonda con el advenimiento del nombre, y la mirada casi mística que se detiene en la visión de las cosas como silencio, la naturalización del silencio, que es signo de máxima aproximación al ser de la naturaleza.

Y es que origen, naturaleza, historia, palabra y silencio sólo se comprenden reflejándose e iluminándose recíprocamente. Por eso, al comenzar el *Canto general*, vislumbrando en lo originario, va a transformar

¹ En *Teoría de la Expresión*. Ediciones de la Universidad de Chile, Santiago, 1966.

las cosas en palabras, a fin de penetrar en su espíritu; va a descubrir el Nuevo Mundo desentrañando los signos que evocan sus fuerzas elementales. Con profunda coherencia poética y metafísica, el mundo sin nombres es revelado por Neruda en su primordialidad, en la estremecedora armonía existencial primera. Hace surgir las cosas de aquende el lenguaje, que tal es su ficción creadora y, por lo mismo, ellas se perfilan a través de misteriosas articulaciones. Entonces, los hombres “eran rumor, áspera aparición, viento bravío”. Es el momento en que se unen la tierra y el hombre, que es hecho “de piedras y de atmósfera”. “Todo era vuelo” en esa tierra, donde el trueno era “sin nombre todavía”. Pero el hombre, que “tierra fue”, “barro trémulo, forma de la arcilla”, conserva “en la empuñadura de su arma de cristal humedecido” las iniciales de la tierra, de la tierra sin nombres y sin números, “sin nombre, sin América”. Ocurre en ella como si la palabra comenzara a revelar el mundo, descubriéndolo merced a ese lenguaje todavía “mezclado con lluvia y follaje”. De ahí que lo innominado y el nombre conserven la semejanza de lo recién creado, mitad silencio, mitad elementos puros expandiéndose. Y por eso las palabras encarnan en ellos, son primordial materialidad, cósmica agitación. Con hondo sentido del Verbo originario, Neruda ve amalgamarse palabra y silencio. “Cayeron las palabras y el silencio”, dice en el *Canto general* (que también aparecen reflejándose en ángulos expresivos imprevisibles todo a lo largo de su obra). “Dadme el silencio, el agua y la esperanza”, exclama en *Alturas de Machu Picchu*. Y es que el silencio se erige como “una silenciosa madre de arcilla”. En él establece el albatros el orden de las soledades. Porque “todo es silencio de agua y viento”. Innumerables son, pues, sus variedades. Hay silencios estupefactos y hay la geografía del silencio. Existe en la muerte, donde es “el más puro silencio sepultado”. Cabe encontrar “silencios tenebrosos” y enfrentar “multitudes espesas

de silencio”. Puede brotar sangre que cae “de silencio en silencio” que, al dar en tierra, también “desciende al silencio”. Y, por otra parte, hay una primera edad del héroe que es “sólo silencio”. Asimismo, existen personajes y lugares en que todo está “dispuesto en orden y silencio, como la permanencia de las piedras”. Imagen que muestra cómo se unen en la naturaleza viviente palabra, nombre, número y silencio; aparecen en la génesis del paisaje, en lo originario, fusionados lo vegetal, animal y humano, unidos por el silencio del tiempo que transcurre. Tal es la genealogía que vincula esencialmente palabra y mundo en la poética de Neruda.

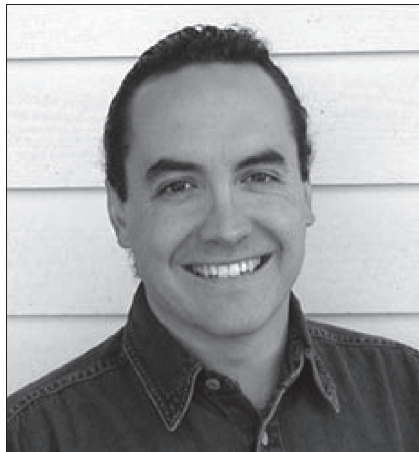
Esta metafísica del silencio –que lo es por igual de la expresión– constituye el soplo creador que anima a los modos de existir y de comunicar en *Residencia en la tierra*. Porque el silencio representa una forma de ser al tiempo que una categoría expresiva que permite, al poeta, convertir en transparentes a las cosas y a las palabras. De ahí también deriva el significado religioso de la extinción de todo murmullo.

El silencio primero del mundo, que envuelve toda la obra de Neruda, es el punto por donde podemos comprender su sentimiento de la naturaleza, inseparable de la valoración del lenguaje y de la expresividad. Profunda, hasta lindar con sentimientos místicos, es su intuición de la naturaleza como lo primordial que eternamente se origina. Recuérdese, por ejemplo, *El gran océano*, donde dice del mar: toda tu fuerza “vuelve a ser origen” y a llenar “tu propio ser con tu substancia”, que colma “la curvatura del silencio”. Dirá, también, de la mujer, en *Tentativa del hombre infinito*: “Yo te puse extendida delante del silencio”. Se comprende que esta visión cosmogónica de las cosas derive de un impulso expresivo que alcanza a los orígenes de la palabra y que, por lo mismo, limita con el silencio del mundo anterior al lenguaje. Pues ya para los místicos el silencio representa lo más esencial de la naturaleza.

ENTREVISTA DE GACETA DE PSIQUIATRÍA UNIVERSITARIA

ENFOQUE CORPORALIZADO DE LA COGNICIÓN: ENTREVISTA A RAFAEL NÚÑEZ

(Rev GPU 2008; 4; 2: 171-179)



Rafael Núñez es PhD, chileno, y realizó los estudios de pre-grado en psicología en la Pontificia Universidad Católica de Chile. Es profesor asociado del Departamento de Ciencia Cognitiva de la Universidad de California, San Diego. Su campo principal de investigación es la cognición desde la perspectiva de la mente corporalizada. Se ha interesado en los fenómenos cognitivos de alto nivel, como los sistemas conceptuales, la abstracción, los mecanismos inferenciales, de la manera en que ellos se manifiestan naturalmente a través de amplios mecanismos inconscientes de la actividad cuerpo/mente, como la co-producción de gestos y metáforas conceptuales. Ha enfocado este campo desde perspectivas multidisciplinarias pero interrelacionadas como la cognición matemática, el estudio empírico de los gestos espontáneos, la lingüística cognitiva y estudios de campo acerca de la construcción espacial del tiempo en la cultura andina Aymara. Ha publicado numerosos artículos y libros (ver principales publicaciones al final de la entrevista). Su último libro, *Where Mathematics Comes From: How the Embodied Mind Brings Mathematics into Being*, en coautoría con el lingüista de UC Berkeley George Lakoff, presenta un Nuevo marco teórico para la comprensión de la naturaleza humana de las matemáticas y sus fundamentos. Es también director del Laboratorio de Cognición corporalizada en la Universidad de California, dedicado a investigar la forma en que la cognición está fundada en las peculiaridades, experiencias y limitaciones del cuerpo humano.

Gaceta de Psiquiatría Universitaria (GPU): *En rasgos generales, su trabajo está enfocado a comprender cómo se genera la abstracción humana. Pero, ¿en qué consiste este problema? ¿Podría usted señalar nos qué aristas principales tiene y qué desafíos implica para la ciencia?*

Rafael Núñez (RN): Efectivamente, el tema esencial de mi preocupación es la abstracción, por ponerle una etiqueta cognitiva o mentalista al asunto. Sin embargo, mi inquietud fundamental se relaciona con entender qué es lo que nos hace ser seres humanos. Mi impresión es que el estudio de la abstracción es un área de investigación que permite operacionalizar tal inquietud. Es decir, podemos estudiar la abstracción detalladamente y en muchos ámbitos: de forma experimental, en medios naturales, en las manifestaciones sociales espontáneas, en estudios etnográficos, etcétera. Ahí está su fuerza. Es como decir: ¿qué hace el ser humano que va más allá, que trasciende la experiencia inmediata? Por cierto, en ello juegan un rol la emoción, la memoria, el lenguaje y una serie de otros fenómenos que hacen posible la cultura y la historia. En ese contexto, mi interés es, dicho con otras palabras, comprender cuál es el hecho que hace al humano muy distinto del resto de las formas vivas de animales que existen alrededor.

GPU: *Si le entiendo, su interés como investigador es comprender aquello que nos hace seres humanos, y según su percepción, la capacidad de trascender la experiencia inmediata sería un elemento primordial para responder esta pregunta. ¿Nos podría especificar un poco más este problema, en particular, por ejemplo, acerca del rol que jugaría la cultura en los procesos de abstracción?*

RN: Hay muchas personas que se interesan en saber qué es lo que hace al ser humano distinto a otros animales. Sin embargo, nuestro enfoque se diferencia, por ejemplo, de la psicología o de la religión, por el compromiso naturalista que tiene. Desde este punto de vista, tratar de entender aquello especial que tiene el ser humano implica, por ejemplo, no incorporar a algún dios (sobrenatural) como elemento explicativo dado de antemano. En el mundo de la explicación científica. Dios no cabe en la ecuación naturalista puesto que no es algo que se pueda operacionalizar para estudiarlo dentro del esquema científico. Y aún si lo aceptásemos, ¿cuál dios (¿o cuáles dioses?) deberíamos considerar? ¿Algún dios monoteísta? ¿o politeísta? ¿o alguna deidad animista? Esas son cuestiones de fe, no de ciencia. El enfoque naturalista sigue las reglas del juego de la ciencia, definiendo, observando los fenómenos y proponiendo hipótesis que sean refutables para poder avanzar. Entonces, exponemos un proyecto

que en cierta medida es alternativo, dada su conexión con la biología. Pero aquí, pasando a la segunda pregunta, no se trata de una biología reduccionista, donde todo se reduce a células. Tampoco es estrictamente *fisicalista*, en el sentido de concebir, por ejemplo, la vida celular como patrones de comportamiento, de mecanismos químicos, reductibles a mecanismos físicos. El estudio de la mente a partir de la abstracción, así como de la emoción humana, es algo que se debe estudiar en un nivel no reduccionista, aun cuando el compromiso sea naturalista. Los fenómenos biológicos no se pueden reducir a niveles químicos o físicos. Por ejemplo, los fenómenos sociológicos y culturales, aun cuando tienen una base animal, una base biológica, no pueden ser comprendidos sólo como un conjunto de operaciones neuronales. Es aquí donde debemos considerar comportamientos complejos, como es el caso del lenguaje, entre otros.

GPU: *¿Cuál diría usted que es efectivamente este nuevo modelo? ¿Qué queda en él del representacionalismo?*

RN: Desde mis tiempos como estudiante de doctorado me sentí descontento con los modelos representacionistas. En esa época, finales de los ochenta y principios de los noventa, había aún una tendencia muy fuerte a entender la mente como un sistema computacional. En términos generales se pensaba en la posibilidad de reducir a reglas algorítmicas los procesos mentales. A pesar de que filósofos y teóricos llevan muchos años discutiéndola, la metáfora de la mente como computador me parece que no funciona, aunque fue un enfoque muy atractivo al momento de la aparición de los primeros computadores digitales. Lo que parece haber ocurrido es que mientras más estudiamos el comportamiento, el cerebro, el sistema nervioso y sus propiedades, y los fenómenos culturales, más sabemos que esa forma de ver la mente humana no es la más apropiada, puesto que deja de lado aspectos muy importantes. Respondiendo a la pregunta, sostengo que el modelo representacionista implica que, cuando algo es representado, ese algo ya está previamente definido. Justamente como la palabra lo dice, re-presentado equivale a decir que algo vuelve a ser presentado, se presenta por segunda vez, esta vez en versión pequeña dentro de la cabeza. El estudio de la abstracción nos muestra que muchas cosas abstractas no se pueden ver ni tocar, que no existen en ninguna parte, sino que son imaginarias, es decir, creadas. Este es, por ejemplo, el caso de las matemáticas, caso que resulta muy interesante por su altísimo grado de precisión, objetividad y estabilidad, condiciones que, justamente, permiten su estudio. Desde el estudio de la abstracción, el enfoque representacionista no es el más adecuado.

Lo que a mí me interesa estudiar es, precisamente, cómo nace y cómo crece algo, antes de ser *re-presentado*. Me gustaría saber como es *pre-sentado*. Pienso que la actividad cultural e histórica se relaciona íntimamente con este problema. Desde el punto de vista biológico, aquello que tiene más relevancia en términos genéticos se relaciona con el problema de entender cómo es que con este cuerpo (de primate), que es más o menos el mismo de hace unos ciento ochenta mil años, ahora somos capaces de hacer todas las cosas que implica nuestra actual historia y cultura. Cosas que hace veinte mil años no éramos capaces ni de soñar: el arte, la poesía, las matemáticas y otras similares. Lo que no se entiende bien a este respecto, es qué pasa con ese cuerpo una vez que se inventa la escritura, qué pasa con ese cerebro, que ahora tiene que ser usado para cosas para las cuales nunca fue usado en el pasado evolucionario. Ésos son temas que creo que tenemos que entender mejor: la dinámica entre este animal que somos y todas estas cosas que se van inventando y que se van catalogando en forma histórica y que van formando los contextos en los cuales el individuo se ve inmerso cuando nace. Se trata de un mundo donde se habla de determinada manera, donde se juegan deportes, en el que hay ciencia, tecnología, religión, y arte de gran sofisticación. Me parece que esta dinámica entre el cuerpo milenario y el entorno contemporáneo es esencial para entender mejor al ser humano.

GPU: *Entiendo que por ahora no tenemos una definición de lo que usted propone. Un paradigma que uno pueda contraponer al modelo representacional de la cognición. Lo que tenemos por ahora son principalmente nuevas preguntas, nuevos problemas y cuestionamientos que abren una nueva mirada sobre la cognición.*

RN: Efectivamente aparecen nuevas preguntas, pero yo no creo que sean tan sólo preguntas. Me parece que además hay implicaciones que redefinen el área de estudio, lo que implica algún tipo de reducción, la propia caracterización de lo que se va a estudiar y la metodología necesaria para su investigación. Digamos que todo esto implica, además, programas de educación, una visión respecto de quiénes se van a formar para estudiar estas cosas, la elaboración de políticas y asignación de recursos, etc. Y en todo esto juegan un rol la filosofía y la política de la ciencia. Por ejemplo, si se define la inteligencia como aquello que mide un test, esto implica la caracterización del problema y su forma de investigarlo. Y si después (por inventar algo) definimos que el test es de elección múltiple, dejamos de lado aspectos como la creatividad, la inteligencia social, etc. Luego, cuando alguien señale que no es posible dejar de lado la creatividad, vendrá otro que diga que “la creatividad

es un epifenómeno, que no es esencial y que su estudio debe postergarse para cuando tengamos tiempo, para cuando hayamos avanzado algo en el problema de la inteligencia, en el nodo del asunto”. Así, en diez o veinte años, recién podríamos estudiar la creatividad. Bueno, aquí sucede lo mismo, si uno dice “no, lo que pasa es que la abstracción consiste únicamente en reglas lógicas y nada más”; entonces todo lo que no sea algorítmico, proposicional, discreto y analizable en términos formales, será dejado de lado. Lo que nosotros decimos, es que la mente humana supera inmensamente esas características y que, por lo tanto, es necesario probar otras cosas. ¿Qué pasa con aquella dimensión de la abstracción cotidiana donde no hay proposiciones lógicas? Pensemos por ejemplo en un gesto, un movimiento de la mano que se hace en forma simultánea mientras los ojos se están moviendo hacia un lado y se está diciendo algo. Todo eso está sucediendo en ochenta o cien milisegundos. Bueno, ¿qué es esto? Al cambiar la pregunta, esto impulsa enérgicamente una forma distinta de ver el objeto de estudio, y lanza a la vez algunas preguntas que tienen que ser respondidas, no sólo filosóficamente sino mediante la creación de nuevas metodologías de estudio. Cambiar las preguntas implica cambiar la mirada y la metodología. Entonces, yo creo que no se trata de decir simplemente “ah, lo que había antes no sirve”. El punto está en tratar los asuntos más característicos y esenciales acerca de lo que es la mente humana, usando explicaciones más abarcativas y fundamentales. Buscar, por ejemplo, que los modelos explicativos sean biológicamente plausibles. Esto último es un valor que para muchos teóricos en el pasado no era relevante, puesto que la importancia residía principalmente en que la teoría fuese formalmente caracterizable. Eso se consideraba lo importante. Pienso que cualquier teoría acerca de la inteligencia tiene que ser biológicamente plausible, puesto que la hace más robusta al interior de la ciencia al explicar más fenómenos que la teoría anterior.

GPU: *En esta línea, uno de los temas que usted ha estudiado y que abre el espectro de la investigación en Ciencia Cognitiva lo constituyen las metáforas. Leyendo sus publicaciones uno se imagina que ellas constituyen algo así como un puente entre la experiencia corporal y la simbolización. ¿Es eso correcto? ¿Podría explicarnos cuál es la relevancia que tienen las metáforas para la comprensión de la abstracción humana?*

RN: Bueno, con esa pregunta hacemos un pequeño zoom, entrando en un área específica del estudio de la abstracción humana y de la conceptualización. El estudio de las metáforas tiene que ver con el cambio de las

preguntas del cual hablábamos hace un momento. Se trata, en parte, de darle prioridad a la vida cotidiana en la investigación, en oposición al paradigma del juego del ajedrez que primó como modelo de la inteligencia al comienzo de las ciencias cognitivas. En este sentido resulta muy interesante poder estudiar qué es lo que sucede en el mundo de todos los días, puesto que uno puede constatar, por ejemplo, que muchas áreas técnicas, como la economía, las matemáticas, la física o la química, están repletas de formas metafóricas. Estas formas metafóricas o imaginativas, aun cuando pueden no ser reales en un sentido físico o literal de las palabras, tienen, sin embargo, una precisión sorprendente. Nos ayuda a consolidar cosas con las que a diario funcionamos, como por ejemplo determinadas teorías, sistemas morales u otras. El pensamiento metafórico se vehicula no solamente por palabras, situación que permite que la palabra “cálido” signifique, además de calor, también algo afectivo. Se trata de formas que nos permiten entender algo a partir de algo distinto. Expresiones como “rompamos el hielo” para denotar que deseamos entrar en una conversación más fluida y comprometida, es un ejemplo de lo que digo. En este contexto, palabras diferentes como “hielo” y “cálido” pertenecen al mismo mundo experiencial térmico, donde lo frío y lo gélido, del mismo modo que lo caluroso (como una calurosa bienvenida), tienen una significación que nos habla de carencia o presencia de afectividad. En este sentido nos manejamos con reglas diferenciales, de tal modo que hacemos distinciones tales como “más cálido que” o “más frío que”. Conectando con tu pregunta, uno puede preguntarse si lo metafórico se encuentra basado en la experiencia humana. En el caso anterior, una cuestión interesante es indagar si lo metafórico es producto de la capacidad de percibir diferencias térmicas, y que desde allí nos permite ser capaces de usar esas formas animales de entendimiento para estructurar dominios más abstractos y complejos, como los afectos. Pareciera que en muchas situaciones esto ocurre así, sin embargo, en muchas otras no. Por ejemplo, una de las cosas que a mí me interesa y que observamos en las matemáticas, es que existe una serie de distintas formas de infinitos. Por ejemplo, infinitos actuales, infinitos potenciales, números infinitesimales, números transfinitos, el punto del infinito en geometría proyectiva, etcétera. Sin embargo, el humano no puede por su naturaleza experimentar los infinitos, porque tenemos una vida finita, porque vivimos una cantidad finita de tiempo, y aunque tengamos millones de millones de neuronas, tenemos una cantidad finita de neuronas, y de energía. Queda claro que todo lo que nos da la experiencia es finito. De ahí que sea interesante constatar que uno puede

trascender la experiencia y que la metáfora no es sólo una suerte de reformulación de la experiencia sensible. Los sistemas imaginativos y metafóricos hacen posible que uno combine propiedades de cosas que se han experimentado, recreándolas de una forma original que integra mapeos específicos que cristalizan en un dominio que no es experienciable, como el infinito. Se trata de dominios que son generados, que son creados por el humano, utilizando sus mecanismos cognitivos. En suma, nos parece que no todo lo que es metafórico o imaginativo está basado directamente en la experiencia. El infinito es un ejemplo paradigmático.

GPU: *Y sin embargo, estas metáforas que de alguna manera escapan a la experiencia directa, tienen de todas formas una influencia en procesos como el desarrollo o el aprendizaje, en la medida que desde que uno nace está inmerso en un contexto cultural que contiene descripciones de este tipo.*

RN: Absolutamente, sí.

GPU: *Entonces tenemos una bidireccionalidad que muestra una influencia desde la experiencia hacia la creación de la cultura y desde la cultura hacia la cognición.*

RN: Ésa es justamente mi forma de ver las cosas. La cognición ha sido, históricamente, entendida como un proceso individual. Si revisamos a los grandes psicólogos, como Freud, Piaget y otros, uno encuentra que la definición del objeto de estudio es siempre individual. Bueno, hay excepciones como en el caso de Jung o de Vygotsky, que no se centraron tanto en el individuo. No obstante, en general, el paradigma en psicología y en ciencias cognitivas sí lo está. Se estudia la motivación del individuo, su sistema nervioso, su memoria, etc., ya sea que se trate de una rata, de una paloma o de una persona. Y en el caso de muchos animales no humanos, la verdad es que lo “cultural” o contextual frecuentemente no resulta relevante. Quiero decir que, respecto a un determinado problema, es muy poca la variación inter-generacional que vemos en una especie de paloma, de hormiga o de abeja, aunque en los dos últimos casos hablemos de especies sociales. Los comportamientos son bastante parecidos aunque los observemos en el 1900 o en el 2008. Dadas ciertas propiedades, por ejemplo, de humedad, temperatura y un cierto tamaño de la población dentro de una colonia de un grupo de abejas u hormigas, observaremos ciertas cosas en forma invariable. En el caso del humano no es así. Todos los años cambian la moda, la música, los estilos de jugar ciertos deportes, etc. O sea, la variación es muchísimo mayor y cambia constantemente. Esto incluye el lenguaje, la gramática, dimensiones que

están cambiando en todas las lenguas en este mismo momento; se crean dialectos, se crean jergas de gente, de ciertos grupos sociales, de inmigrantes, etcétera. Es un fenómeno dinámico supra individual y, como tú lo señalas, bidireccional o circular. Alguien que nace y crece en un grupo social está desde el primer día de su nacimiento, e incluso desde antes de nacer, expuesto a cierto tipo de estimulación lingüística, y a ciertos mapeos y metáforas que condicionan su desarrollo y expresión génica. No son sólo palabras, se trata también de gestos. Por ejemplo, pensemos en lo que ocurre a un niño cuya madre dice: "hace mucho tiempo, cuando tú eras pequeño", y acompaña esta frase con un gesto apuntando hacia atrás sobre su hombro. Bueno, el niño ve aquello y tal vez no lo entienda o no se percate conscientemente de lo que está viendo, pero se trata de un patrón de conducta que comienza a ser parte del mundo en el cual el niño crecerá. En este ejemplo el patrón está conformado, entre otras cosas, por el gesto, más un cierto tipo de voz y una cierta prosodia, todo lo cual permitirá al niño configurar el sentido de su experiencia. Así, en el futuro sabrá que el futuro está metafóricamente delante de él y el pasado detrás. Eso no es algo que se aprende en el colegio o en los libros sino que se aprende inmerso en grupos sociales. Más adelante ese individuo lo compartirá con otra persona que también viva inmersa en el mismo contexto, creciendo en el mismo lugar, en el mismo grupo étnico. El grupo mantiene y sustenta estas experiencias, aun cuando también ocurrirán pequeños cambios, como es en el caso de muchos conceptos nuevos que de pronto aparecen y permiten nuevas formas de entendimiento. Lo interesante es que nuestro organismo humano, nuestro sistema nervioso, no está hecho para participar de modo específico en ninguno de estos dominios, digamos culturales. El primate humano que somos no está naturalmente hecho para esquiar o para jugar al tenis o tocar el piano. No: lo que hacemos es reciclar a partir de esta biología del animal primate que somos elementos de nuestro pasado evolutivo. Utilizamos recursos físico-biológicos de una forma muy específica. Cosas como la gravedad, la respuesta a la fatiga, la capacidad de flexión de rodillas, existen, pero no podríamos decir que nuestro organismo fue hecho para jugar al tenis, o que nuestro sistema nervioso evolucionó para jugar al vóleybol. Lo mismo sucede con las matemáticas u otros sistemas de abstracciones. Se trata de cosas que no estaban al principio, que en algún momento inventamos. Sin embargo, ahora estamos en eso. No es que hayamos evolucionado para tener una escritura alfanumérica, por ejemplo, puesto que hay otras culturas que funcionan sobre la base de ideogramas y tienen otras

formas de escribir. Incluso, hay culturas que simplemente no tienen escritura. No obstante, todas esas son formas humanas de existir y no hay una que sea mejor que la otra en el sentido puramente biológico. Son distintas dotaciones y distintos nichos o vidas sociales en los cuales nacemos y lo que tenemos que tratar de entender bien, justamente, es esa bidireccionalidad de la cual usted hablaba.

GPU: *Para comprender mejor algunos fenómenos como el lenguaje, ustedes señalan que resulta un gran aporte estudiar el rol que juega la gestualidad. La investigación que realizaron con los Aymaras en el norte de Chile así lo muestra. Podría contarnos algo acerca de ese estudio. ¿Cuál es exactamente el aporte que conlleva mirar el rol de la gestualidad en el lenguaje?*

RN: Bueno. Hay una característica que se repite en la historia de la ciencia y es que todas las teorías y todos los enfoques en general tienen siempre algo de centrismo. Por ejemplo, cuando la astronomía era aún joven, tenía una posición geocentrista, postulando que la Tierra era el centro del Universo. Pero tenemos muchas otras formas de centrismos, como el antropocentrismo, cuando queremos explicar cómo funcionan ciertas cosas en los gorilas, en los orangutanes y otros animales; muchas veces lo interpretamos en términos humanos, colocando propiedades antropomórficas, como el querer engañar, querer planear y todos esos verbos que se ocupan para la actividad mental humana. También existen otras formas como el euro-centrismo. Cuando llegaron los primeros españoles a América y se preguntaban si los indígenas tenían alma. Se trata en general de intentar reducir un fenómeno a algo que tiene las propiedades con las cuales uno está más habituado a tratar. En el estudio del lenguaje sucede esto mismo y se trata de una cierta forma de euro-centrismo, originada en la fundación de la lingüística como disciplina académica más rigurosa. Desde ese momento y sobre todo durante la década de 1950 y 1960, se ha tomado a la escritura, fenómeno que no es universal, como lo esencial del lenguaje. El hecho de que haya palabras formadas por letras que se pueden distinguir entre sí ha sido asumido como el paradigma de lo que es el lenguaje. Si preguntásemos en la calle, a la gente común y corriente, qué es el lenguaje, el 90 por ciento nos daría respuestas relacionadas con cosas como las palabras, los diccionarios y otras por el estilo. Y justamente, los diccionarios son depósitos de palabras escritas, que se supone dicen lo que las cosas significan. Esta especie de centrismo es euro-centrismo, porque se trata de definir todos los lenguajes del mundo tal y como se hablaban los idiomas en Europa, escritos con caracteres

alfanuméricos. Todo esto determina en alguna medida el cómo se estudia el lenguaje, dándoles prioridad a las propiedades gramaticales, las propiedades sintácticas, como si fuesen las más esenciales. El enfoque de Chomsky, que surge en los años cincuenta, define el lenguaje de esta forma, basado en la gramática. Pero aquellas otras propiedades como la prosodia, el uso de la voz, las entonaciones, la postura corporal y la gestualidad, es decir, los aspectos que en general implican señales emocionales, quedan completamente de lado, relegados a la categoría de epifenómeno.

GPU: *¿Y el estudio con los Aymaras?*

RN: El estudio con los Aymaras es un estudio específico sobre las nociones de tiempo en esa cultura. Utilizamos un enfoque lingüístico clásico, pero también nos dimos cuenta de las limitaciones que tenía estudiar exclusivamente las expresiones lingüísticas, con sus propiedades gramaticales y sus propiedades léxicas, morfémicas, etcétera. La limitación principal tenía que ver con el tipo de problemas que estábamos tratando, puesto que había un par de preguntas que eran cruciales para el estudio, que no podían ser respondidas en forma categórica desde un punto de vista lingüístico ortodoxo. Entonces dijimos, “qué pasaría si miráramos otras cosas, aunque los lingüistas nos señalen que no se trata de lenguaje”. Afortunadamente, en esa época, cuando comenzamos el estudio a principios de los años noventa, el estudio de la gestualidad humana comenzaba a tener influencia. La idea era considerar todos estos movimientos no arbitrarios que hacemos con las manos (y otras partes del cuerpo) en forma espontánea y que tienen otras propiedades respecto de lo que se denomina habla. El habla tiene en general una estructura más analítica bajo la forma de unidades lingüísticas como las palabras o los morfemas, los que se siguen unos de otros bajo determinadas reglas y restricciones temporales. No puedo caracterizar en forma simultánea todo lo que está en la habitación en la que ahora estoy. Tengo que empezar por elegir, por darme cuenta de lo que está delante o detrás de una ventana, por ejemplo. Entonces, elijo la ventana como punto de referencia, y luego debo elegir otras cosas, y señalar que esto de aquí está al frente de la ventana, que esto otro está a la izquierda, a la derecha, etcétera, todo lo cual tiene que ver con mi propia ubicación. La gestualidad, en cambio, tiene otras propiedades, que son sintéticas más que analíticas y que permiten, por ejemplo, negociar el tiempo de otra forma. Yo puedo caracterizar varias cosas al mismo tiempo con movimientos físicos de mis manos en el espacio: puedo referirme a una pelota que choca contra una puerta

en forma simultánea o sintéticamente, caracterizando la puerta con una mano, la pelota con la otra, y mostrando el impacto de los dos mediante un gesto. En el habla eso no lo puedo hacer ya que tengo que decir primero puerta, después pelota y tengo que usar los verbos para describir la acción de choque. En fin, pasa un tiempo antes de que complete la imagen. Los gestos permiten observar otras propiedades lingüísticas que no están presentes en la gramática tal y como se la ha estudiado habitualmente. Este tipo de fenómenos fue lo que nos permitió responder adecuadamente a las preguntas científicas que teníamos en este proyecto del estudio del tiempo en los Aymaras. Por tanto, la moraleja fue algo así como “no es que el gesto sea superior al habla, sino que hay que usar todas las armas que se pueda para tratar de entender un problema, evitando limitarlo a algo predefinido”. Creo que es importante ver todas las propiedades gramaticales y lingüísticas, pero también esas otras facetas del lenguaje humano. Además, se trata de propiedades que se manifiestan en todas las culturas del mundo, por lo que en ese contexto ya no estamos pecando tanto de euro-centrismo. Todas las culturas, tengan o no escritura, tengan o no grandes sistemas de abstracciones y lógica, siempre manifestarán el uso de recursos como la prosodia y los gestos. Si consideramos así las cosas, estamos estudiando características realmente esenciales del lenguaje y la comunicación humana, no solamente aspectos específicos y relativos a determinados grupos culturales como los que han inventado la escritura, por ejemplo. Así, fue este enfoque que, mediante el análisis de gestos espontáneos, nos permitió afirmar con certeza que en la cultura Aymara tradicional los tiempos pasados son concebidos como estando al frente de ellos y los tiempos futuros detrás de ellos.

GPU: *La investigación acerca de la gestualidad humana ¿corresponde a un área de investigación en el mundo, con fondos específicos asociados, o se trata de elementos más bien complementarios a la investigación más clásica?*

RN: Las cosas están cambiando de a poco. Lo ves, por ejemplo, en áreas como la psicolingüística o incluso en la psicología cognitiva, que está empezando a estudiar cómo sucede la coordinación entre habla y gesto, que es algo que aún no sabemos cómo funciona. No sabemos cómo es que somos capaces de coordinar estos dos sistemas, uno analítico y otro sintético, uno global y holístico con otro puntual y discreto. ¿Cómo hace el sistema nervioso, cómo lo hacen las distintas culturas? Se trata de fenómenos de estudio relativamente nuevos, sobre los cuáles las personas que laboran en distintas disciplinas se están empezando a interesar: an-

tropólogos, neurocientistas, educadores, entre otros. Muchos colegas están utilizando actualmente estudios de gestos para entender conceptos de aprendizaje en la sala de clases y la influencia de la gestualidad en la comprensión de los contenidos de parte de los alumnos. También hay algunos cambios tecnológicos que hacen que esto sea posible. Por ejemplo, hace treinta años no habría sido posible estudiar los gestos como lo hacemos hoy, no sólo porque las teorías hablaban de otras cosas sino porque no existía la tecnología que tenemos hoy. Actualmente, con una cámara de cien o doscientos dólares uno puede estudiar la gestualidad humana descomponiéndola en patrones de cuarenta mili segundos, cosa que era impensable hace tan sólo algunos años. Tenemos nuevos “microscopios”; por así decirlo, que posibilitan hacer este tipo de estudios. Esto no significa que ahora existan los departamentos de lingüística y paralelamente los de gestualidad; o que existan universidades con nuevos programas para estudiar exclusivamente la gestualidad. Más bien, creo que se trata de un proceso de incorporación paulatina de este tema en la visión de lo que entendemos por el lenguaje humano, situación que me parece muy positiva.

GPU: Hemos revisado muchos temas: la relación entre cultura y cognición, la importancia de las metáforas para el desarrollo de conceptos y sistemas abstractos, el rol de la gestualidad en el lenguaje, etc. Me gustaría saber ahora, cuáles cree usted que son los adjetivos que mejor caracterizan el enfoque detrás de su trabajo: ¿cognición corporalizada, cognición distribuida, enfoque enactivo?

RN: Bueno, no sé yo qué nombre ponerle. Quizá mente encarnada, mente naturalizada o corporal. Cualquier palabra en castellano o en inglés que denote que la dualidad mente y cuerpo se hace cada vez más borrosa, pudiera servirnos. Lo mental no es independiente de lo corporal y viceversa, entonces cualquier combinación de palabras que caracterice aquello pudiera servir. Los enfoques enactivos, entendidos como los caracterizó Francisco Varela y otros después, también se aplican. De hecho, hace poco tiempo me invitaron a escribir unos capítulos para un libro sobre enacción. El trabajo mío estudia de alguna forma el nacimiento, la génesis de algo que es llevado adelante, creado o enactuado. Lo que me interesa a mí son asuntos de tipo conceptual: tipos de abstracción, tipos lingüísticos y la forma en la que se interrelacionan con fenómenos que son supra-individuales, como la historia, la cultura y el concepto educativo de aprendizaje, proceso que es socialmente coordinado, y cómo esto se relaciona a su vez con nuestra organización biológica. En ese sen-

tido la expresión enactivo también es coherente con mi trabajo. En fin, no creo que sea una combinación de nombres que aplique exactamente, pero mi laboratorio aquí en la Universidad California se llama Embodied Cognition Lab, o sea, Laboratorio de Estudio de la Cognición Corporalizada o algo así. Pero también podríamos llamarle Embodied Mind, como algo más general que la cognición exclusivamente, puesto que también hacemos cosas que tienen que ver con las emociones y otros aspectos de lo mental. De cualquier modo, la etiqueta me preocupa menos que la actividad misma que hagamos.

GPU: Para finalizar, quisiera sacarlo un poco de su ámbito cotidiano y preguntarle por algunas pistas que su investigación pudiera ofrecer al trabajo terapéutico clínico. A mí me parece que esta mirada sugiere un rescate de definiciones un poco olvidadas dentro de la psicología, como la Terapia reichiana, y otras líneas de trabajo terapéutico corporal. No sé si usted ve ésta u otras conexiones...

RN: Me parece que hay distintos tipos de posibilidades para dar una respuesta a tu pregunta. Por un lado, creo que el mundo de la academia, sobre todo del estudio de lo mental, ha manifestado una especie de esfuerzo por de-sustancializar lo corporal, haciéndolo algo “etéreo”. Por ejemplo, creo que muy pocas escuelas de psicología o de psiquiatría que tienen actividades que sean experienciales, de ritmos, de música, de fatiga, en fin, de aspectos de la corporalidad que son esenciales en nuestra vida cotidiana. Básicamente, toda la formación se alcanza desde un escritorio, mirando a alguien que está al frente, escribiendo cosas en un pizarrón o leyendo. Es verdad que hay algunas pocas dinámicas de grupo que se realizan sentados en el suelo. Pero, en general, me parece que hay muchos aprendizajes que debieran hacerse en forma más dinámica, en movimiento, en acción. En ese sentido, pienso que esas terapias, a las cuales tú te referías, utilizan un poco ese lado. Sin embargo, pienso que es necesario reevaluar un poco ese tipo de enfoques, puesto que hay mucha mistificación respecto de la trascendencia de la experiencia humana, transformándola en algo mágico, espiritual en un sentido de “más allá” del cuerpo. Mi impresión es que esa visión no es conveniente y en ese sentido creo que es necesario vincular la experiencia más a lo “animal” y menos a lo “místico espiritual”. Dicho de otro modo, creo necesario y terapéutico entender la dimensión biológico-animal de la experiencia. Creo que desde ahí será posible entender los temas de la biodiversidad y del rol del ser humano en la biosfera, o en el recalentamiento de la Tierra. Algunos enfoques de terapia corporal ayudan en este sentido,

cuando, por ejemplo, comprendemos que un paciente que está exprimiendo sus manos está expresando cierto tipo de angustia. Las historias de la vida propia son narradas, en cada caso, con el lenguaje en un sentido verbal. Pero hay además otras herramientas de comunicación que pasan por los movimientos oculares, faciales, las contracciones musculares, en fin, una serie de formas de decir que se entienden mejor de una manera no reduccionista, es decir, no traduciéndolas sólo a medidas de tonicidad muscular o de respuesta dermo-galvánica. En fin, estas cuestiones son también importantes. Sin embargo, si miramos el lenguaje a la luz de las metáforas, aparece también una dimensión semántica. Creo que ese tipo de herramientas, que se aplican en la ciencia básica, pueden ser muy productivas en el área de la terapia, justamente porque entran en la dimensión semántica del ser humano. Esa dimensión puede dar cuenta de la experiencia en un sentido más general, más allá de lo consciente, y que expresan estados inconscientes de una manera distinta a como fueron concebidos por Freud. Me parece que hay toda un área de investigación que se debería explorar en esa dirección.

GPU: A nombre de los lectores de GPU le agradecemos haber aceptado esta entrevista y haber respondido todas las preguntas que le fueron formuladas.

ÚLTIMAS PUBLICACIONES DE RAFAEL NÚÑEZ

LIBROS

1. G. Lakoff & R. Núñez. (2004). *Da dove viene la Matematica: Metafora e astrazione nel progresso cognitivo*. Torino: Bollati Boringhieri. [Italian translation of *Where Mathematics Comes From*, 2000].
2. G. Lakoff & R. Núñez. (2000). *Where Mathematics Comes From: How the Embodied Mind Brings Mathematics into Being*. New York: Basic Books.
3. R. Núñez & W.J. Freeman (Eds.). (1999) *Reclaiming Cognition: The Primacy of Action, Intention and Emotion*. Thorverton, UK: Imprint Academic. (Also published as a double special issue of the *Journal of Consciousness Studies* (1999), Vol. 6, No 11-12).
4. M. Bolognini, B. Plancherel, R. Núñez and W. Bettschart (Eds.). (1994). *Préadolescence: Théorie, recherche et clinique* [Early adolescence: Theory, research, and clinical practice]. Paris: ESF éditeur.
5. R. Núñez. (1993). *En deçà du transfini: Aspects psychocognitifs sous-jacents au concept d'infini en mathématiques* [On this side of transfinity: Psychocognitive aspects underlying the concept of infinity in mathematics]. Fribourg, Switzerland: University Press.

CAPÍTULOS DE LIBRO

1. Núñez R. (in press). *Enacting Infinity: Bringing Transfinite Cardinals into Being*. In J. Stewart, O. Gappene, and E. di Paolo (Eds.), *Enaction: Towards a New Paradigm in Cognitive Science*. Cambridge, MA: MIT Press.
2. Núñez R. (in press). *Investigar la Mente en América Latina*. In E. Kronmüller & C. Cornejo (Eds.), *Ciencias de la Mente: Aproximaciones desde Latinoamérica*. Santiago: J.C. Sáez
3. Núñez R. (in press). *A Fresh Look at the Foundations of Mathematics: Gesture and the Psychological Reality of Conceptual Metaphor*. In A. Cienki & C. Müller (Eds.), *Gesture and Metaphor*. Amsterdam: John Benjamins.
4. Núñez R. (in press). *Conceptual Metaphor, Human Cognition, and the Nature of Mathematics*. In R. Gibbs (Ed.), *Cambridge Handbook of Metaphor and Thought*. Cambridge, MA: Cambridge University Press.
5. Núñez R. (2007). *The Cognitive Science of Mathematics: Why is it relevant for Mathematics Education?* In R. Lesh, E. Hamilton, & J. Kaput (Eds.), *Foundations for the Future in Mathematics Education* (pp. 127-154). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
6. Núñez R. (2007). *Inferential Statistics in the Context of Empirical Cognitive Linguistics*. In: M González-Márquez, I Mittelberg, S Coulson, & M Spivey (Eds.), *Methods in Cognitive Linguistics*, (pp. 87-118). Philadelphia PA: John Benjamins.
7. Núñez, R. (2006). *Do Real Numbers Really Move? Language, Thought, and Gesture: The Embodied Cognitive Foundations of Mathematics*. Reprinted in R. Hersh (Ed.), *18 Unconventional Essays on the Nature of Mathematics* (pp. 160-181). New York: Springer.
8. Núñez, R. & G. Lakoff (2005). *The Cognitive Foundations of Mathematics: The Role of Conceptual Metaphor*. In J. Campbell (Ed.), *The Handbook of Mathematical Cognition* (pp. 109-124). New York: Psychology Press.
9. Núñez, R. (2004). *Do Real Numbers Really Move? Language, Thought, and Gesture: The Embodied Cognitive Foundations of Mathematics*. In F. Iida, R. Pfeifer, L. Steels, and Y. Kuniyoshi (Eds.), *Embodied Artificial Intelligence* (pp. 54-73). Berlin: Springer-Verlag.
10. Núñez, R. (2004). *Mente-Cuerpo: una vieja falacia [Mind-Body: an old fallacy]*. In A. Fischer (Ed.), *Nuevos Paradigmas a Comienzos del Tercer Milenio [New Paradigms for the 3rd Millenium]* (pp. 281-305). Santiago, Chile: El Mercurio Aguilar.
11. Núñez, R. (2004). *El paradigma de la mente corporizada [The paradigm of the Embodied Mind]*. In A. Fischer (Ed.), *Nuevos Paradigmas a comienzos del Tercer Milenio [New Paradigms for the 3rd Millenium]* (pp. 403-422). Santiago, Chile: El Mercurio Aguilar.
12. Núñez, R. (2004). *Astrazione e Matematica: Mente Umana, Cervello e Creazione [Abstraction and Mathematics: Human Mind, Brain, and Creativity]*. In A. Benini (Ed.), *Fisiologia della Mente e della Coscienza*. Ravenna, Italy: Longo.

ARTÍCULOS

1. Núñez, R., & Sweetser, E. (2006). *With the Future Behind Them: Convergent Evidence From Aymara Language and Gesture in the Crosslinguistic Comparison of Spatial Construals of Time*. *Cognitive Science*, 30(3), 401-450.
2. Núñez, R., Motz, B., & U. Teuscher, U. (2006). *Time after time: The psychological reality of the Ego- and Time-Reference-Point*

- distinction in metaphorical construals of time. *Metaphor and Symbol*, 21, 133-146.
3. Núñez R. Looking forward to yesterday: Lessons from the study of spatial construals of time in Aymara-gesture, reference points, and the cultural embodied mind. *Proceedings of the 2nd Language, Culture, and Mind Conference*. Paris, France, 98-99, July 2006.
 4. Núñez, R. (2005). Creating Mathematical Infinities: The Beauty of Transfinite Cardinals. *Journal of Pragmatics*, 37, 1717-1741.
 5. Núñez R. (2004). Embodied Cognition and the Nature of Mathematics: Language, Gesture, and Abstraction. In K. Forbus, D. Gentner, and T. Regier (Eds.) *Proceedings of the 26th Annual Conference of the Cognitive Science Society* (pp. 36-37). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. [PDF]
 6. Núñez R. (2004). Commonalities and Differences: Cognitive Science and the Beauty of Actual Infinities in Mathematics. In J. Giménez, G. FitzSimons, C. Hahn (Eds.) *A Challenge for Mathematics Education: To Reconcile Commonalities and Differences* (pp. 76-77). Barcelona: Editorial Graó.
 7. Núñez R. (2003). Fictive and Metaphorical Motion in Technically Idealized Domains: Limits, Hyperbolae, and Continuity in Mathematics. *Proceedings of the 8th International Cognitive Linguistics Conference*, Logroño, La Rioja, Spain, 215.
 8. Núñez, R. (2003). Cognição humana e continuidade na matemática moderna. *Vetor Neteclém*, 1(1) 9-26.
 9. Núñez R. (2003). Conceptual Metaphor and the Cognitive Foundations of Mathematics: Actual Infinity and Human Cognition. In B. Baaquie & P. Pang (Eds.) *Metaphor and Contemporary Science* (pp. 49-72). University Scholars Occasional Papers Series. Singapore: National University of Singapore.
 10. Núñez, R. (2003). Fictive and Metaphorical Motion in Technically Idealized Domains: Limits, Hyperbolae, and Continuity in Mathematics. *Proceedings of the 8th International Cognitive Linguistics Conference*, pp. 215, Logroño, Spain.
 11. Núñez, R. & Sweetser, E. (2001). Spatial embodiment of temporal metaphors in Aymara: Blending source-domain gesture with speech. *Proceedings of the 7th International Cognitive Linguistics Conference*, pp. 249-250, Santa Barbara, California.

NOTA

Algunas de estas publicaciones están disponibles en PDF en el sitio: <http://www.cogsci.ucsd.edu/~nunez/web/links.html>. Email: nunez@cogsci.ucsd.edu

ENSAYO

MODO DE VIDA Y CULTURA¹

(Rev GPU 2008; 4; 2: 180-192)

Humberto Maturana

El niño debe concentrar su atención haciendo sólo una cosa en cada momento: estudiar, limpiar su pieza, o regar el jardín. La niña debe ampliar su atención haciendo varias cosas a la vez: ayudar a la mamá en la cocina, el cuidado del hermanito, ordenar la casa y hacer las compras. Afortunadamente yo fui criado como niña y aprendí a hacer de todo; pero aprendí a hacer de todo no como una carga sino como parte legítima del vivir, y con esto de aprender como niño a hacer de todo, resulta que uno aprende a vivir en un espacio de sucesos y fenómenos interconectados en un sistema. Los hombres somos normalmente educados en un vivir lineal; las mujeres normalmente son educadas en un vivir sistémico. Esto hace una diferencia seria: los hombres tenemos dificultades para entender a los sistemas porque no sabemos mirar las simultaneidades ni sabemos atender a las interconexiones de los procesos como resultado de nuestra educación.

Una niña educada como niña en esta cultura (yo no estoy diciendo que la cultura sea buena o mala, estoy haciendo referencia a un fenómeno de la educación) tiene que manejar simultáneamente muchas cosas, y tiene que estar simultáneamente atenta a muchas cosas que tienen que ser coordinadas, correlacionadas, conocidas y tocadas o dejadas de lado, de manera oportuna atendiendo a todas sus interconexiones.

Hace algunos años apareció un artículo en la revista dominical de El Mercurio, en el que se mostraban las respuestas de muchos hombres muy distinguidos, a los que se les preguntaba cómo se encontraban ellos en su casa cuando sus esposas estaban de vacaciones. El artículo mostraba una situación desastrosa. A mí me dio vergüenza ser hombre. Los entrevistados no sabían

hacer nada: no sabían cocinar, la casa estaba sucia, no sabían atender a los niños; es decir, un desastre. Lo peor es que ninguno de ellos veía su situación como un desastre sino como algo propio del hombre.

Afortunadamente fui educado como niña, y me beneficié de la posibilidad de pensar, mirar y actuar como niña, y es a eso a lo que quiero hacer referencia en esta charla.

Quiero referirme a ese mirar, a esa capacidad que ustedes mujeres y algunos hombres afortunados tienen, de poder darse cuenta de que existen en un ámbito sistémico, en un mundo en el cual todos los fenómenos están legítima y naturalmente interconectados, de modo que no tienen que hacer un esfuerzo especial para darse cuenta de ello. Quiero encontrarme con ustedes en esa multidimensionalidad.

¹ Texto perteneciente al libro *Transformación en la convivencia*, Ediciones Dolmen, 1999.

Quiero, además, destacar que soy biólogo. Que fui y soy uno de esos niños o niñas que desde pequeños ven a los animalitos. Hay niños que ven el bichito que se está moviendo, y le dicen a su mamá que vieron un bichito. No todos los niños lo ven, no todas las niñas lo ven, pero hay algunos que lo ven, y éstos que lo ven, si el espacio familiar lo permite, y en mi caso fui afortunado pues mi madre acogió mi ver los bichitos, pueden crecer conectados con los seres vivos y transformarse en biólogos. El biólogo o la bióloga es una persona que vive bajo la pasión de conectarse con los seres vivos, ama a todos los seres vivos, no importa que sean arañas, elefantes, sapos, culebras, seres humanos. Y este amarlos no es otra cosa que respetarlos, que aceptar su legitimidad, y desde esta aceptación de legitimidad de los seres vivos, mirar el vivir y mirar el mundo. Yo soy una de esas personas, y he vivido toda mi vida mirando bichitos y viviendo la maravilla de su compañía. Con esto no quiero decir ninguna cosa especial mía, solamente quiero mostrarles desde dónde les voy a decir lo que les voy a decir, de modo que ustedes sepan que al hablarles lo hago no como una persona que sabe todas las cosas que se han dicho o escrito en biología, sino como una persona que sabe de los seres vivos por que ha convivido amorosamente con otros seres vivos como él. Además, es desde esta perspectiva que les voy a hablar a ustedes como seres vivos, porque lo que voy a decir tiene que ver con ustedes y conmigo, como animales que somos.

Hace algunos años estuve en la ciudad alemana de Nassau invitado por la Facultad de Teología de la Universidad de dicha ciudad. Nassau es una diócesis católica muy importante, de modo que tiene una larga tradición católica, y tiene una Escuela de Teología. Después que hice mi charla, el decano, teólogo, dijo: «es bueno que le recuerden a uno de vez en cuando que es un animal».

Quiero ante todo destacar que somos primariamente animales, y que nuestra vida espiritual se da no desde la negación de nuestra condición de animales sino como un modo de vivir en nuestra condición de ser la clase de animales que somos. El ser animal no niega lo espiritual, lo hace posible como un modo de vivir en la relación con otros, con el mundo y consigo mismo cuando se vive en el lenguaje.

En otras palabras, nuestra vida no se da exclusivamente en nuestro mero ser animal con una identidad zoológica señalada al decir que somos *Homo sapiens sapiens*, sino que se da en cómo vivimos nuestras relaciones como la clase particular de animales que somos al realizar nuestro vivir como seres humanos y existir como tales en el lenguaje.

¿En qué momento comienza lo humano? Yo como biólogo miro y procuro explicar y entender las características de los seres vivos, viendo sus semejanzas y diferencias. Todas ustedes, y los hombres también, en algún momento se han preocupado de cocinar, y saben que el pollo tiene hígado, y tal vez se habrán preguntado alguna vez por qué se llama hígado esto que se llama hígado en el pollo, y qué relación tiene con lo que se llama hígado en la vaca, o en uno mismo. Más aún, ustedes habrán notado que el hígado del pollo y el de la vaca se parecen en el sabor. ¡Interesante! Ustedes reconocen el hígado por el sabor, y pueden preguntar de qué animal son los trozos de hígado que comen, ya que el hígado de cordero, de vaca o de pollo tienen esencialmente el mismo gusto. Y si comiéramos hígado humano nos encontraríamos, a lo mejor, con que tiene el mismo gusto. ¿Por qué los hígados de los distintos vertebrados tienen el mismo gusto? Porque son órganos de la misma clase. Los animales nos parecemos pero también nos diferenciamos. Nosotros no vivimos como los pollos, aunque muchas veces le dicen a uno que vive como un pollo. No vivimos como los perros, aunque algunas veces uno diga «tengo una vida de perro». Pero el solo hecho de que yo pueda decir «llevo una vida de perros», muestra que mi vida no es de perro, porque el perro no puede decir que lleva una vida de perro: el perro no existe en el lenguaje. Al mirar la diversidad se ven las semejanzas, y al ver las semejanzas, uno se puede preguntar por su origen, pregunta que en biología moderna se contesta con la teoría de la evolución. Pero ¿qué es una teoría? Una teoría es una proposición explicativa del presente.

Reflexionemos un momento sobre esto. La Biblia, cuando habla en el Génesis de la Creación, propone una teoría explicativa de cómo somos, cómo somos en el presente. Hay muchas teorías explicativas del presente, y de distintos presentes; pero ¿qué hace una teoría explicativa del presente? Propone una historia que si hubiese tenido lugar, el resultado habría sido el presente que la teoría explica. De modo que el Génesis, en la proposición bíblica, es una teoría explicativa del presente y la teoría evolutiva biológica es también una teoría explicativa del presente. Pero hay algo más: las diferentes teorías se fundan en distintas nociones fundamentales desde las cuales se construyen.

Yo quiero decirles un par de cosas sobre la explicación biológica del presente humano. Toda teoría biológica que pretende explicar el presente humano consiste en la proposición de una construcción histórica que usa como elementos fundamentales los distintos aspectos de la multidimensionalidad experiencial del observador en el presente, presentándolos como fenómenos o

procesos que si hubiesen actuado durante mucho tiempo habrían dado origen, como resultado de su operar, al presente humano que se explica.

Según la teoría de la evolución biológica, los seres vivos actuales somos el presente de una historia que comenzó hace por lo menos tres mil quinientos millones de años. En esta historia los seres vivos se habrían reproducido y diversificado generación tras generación en la continua formación de distintos linajes de modos de vida, que surgen como variaciones de los modos de vida ya existentes. En tanto la historia de los seres vivos ha sido así, nosotros, los seres humanos, constituimos uno de tantos linajes, y estamos conectados históricamente de manera más o menos cercana por nuestro modo de origen, con todos los otros seres vivos existentes.

Así que, señoras, señores, no tienen que decirme su edad, todos ustedes y yo tenemos por lo menos tres mil quinientos millones de años de historia ancestral, y somos, desde este punto de vista, de la misma edad. Y, además, somos de la misma edad que nuestros perros, que los gatos, que los pollos que nos comemos. Pero, naturalmente uno puede preguntar cuándo surgió en esta historia el modo de vida humano.

Veamos qué pasa. Lo que la biología nos muestra es que pertenecemos a una historia de diversificación de modos de vida, y, en cierto modo, nos propone las preguntas: ¿cuándo surge el modo de vida humano?, ¿qué pasa de manera que surge el modo de vida humano? El modo de vida humano surge en algún momento alrededor de tres millones de años atrás, no tres mil quinientos millones de años atrás como ocurre con el origen de lo vivo. El fundamento de tal afirmación está en que en el presente encontremos fósiles de animales que vivieron en esa época, y que al mismo tiempo que se parecían al ser humano actual, eran diferentes de él. Esos seres eran bípedos (hay huellas de dos millones y medio de años atrás de pies idénticos a los nuestros), tenían una mano como la nuestra, se movían como nosotros, pero tenían una cabeza mucho más pequeña, con un cerebro que era aproximadamente un tercio del tamaño del nuestro.

Ahora, si uno examina el modo de vida nuestro actual, en algunos aspectos al menos, y se pregunta, mirando los restos fósiles, cómo tienen que haber vivido estos seres que reconocemos como ancestros nuestros precisamente por las semejanzas de los huesos, de los dientes, de la forma del cuerpo, de las manos, descubrimos que estos seres antecesores nuestros no eran cazadores ni carnívoros, pues no tenían dentadura de animales cazadores y carnívoros. Tenían la dentadura igual a la nuestra, de modo que comían como noso-

tros: granos, semillas, nueces, insectos, frutas, raíces, y ocasionalmente carne de animales muertos por otros animales, que quedaban ahí sin ser totalmente comidos. Nosotros ¿qué comemos? Granos, nueces, semillas, frutas, hojas, raíces, insectos, o larvas de insectos cuando comemos el maravilloso queso francés agusanado, y un poco más atrás en la historia, como ocurre con los aborígenes australianos actuales, nuestros antepasados comían deliciosas larvas de coleópteros gorditas y ricas en alimentos, que uno encuentra en las raíces de los árboles. De modo que comemos lo mismo que nuestros antecesores tienen que haber comido, y éstos tienen que haber sido animales recolectores como nosotros lo somos aún. Yo afirmo siempre que el éxito de los supermercados revela que somos animales recolectores; todos lo pasamos estupendo en el supermercado tomando, dejando, etcétera. Cuando uno se va de vacaciones lo pasa muy bien recogiendo moras, cosas silvestres. Recoger algo, mirarlo y dejarlo o llevarlo es algo espontáneo en nosotros.

Aun en la agricultura somos recolectores, y de hecho, el ser agricultor es un modo de permanecer recolector. Lo que pasa es que uno planta lo que recolecta. Los seres humanos no somos principalmente cazadores, aunque hay momentos en la historia en que los seres humanos lo hemos sido.

Nuestros antecesores vivían en grupos pequeños, y sabemos que vivían en grupos pequeños porque algunos de ellos se han fosilizado juntos. Estos grupos pequeños tienen que haber sido de seis a ocho individuos, es decir, familias o grupos coherentes que incluían adultos, jóvenes, niños y guaguas. Pero, naturalmente, familias que no podemos comprender analizándolas con los mismos criterios de parentesco del día de hoy. No sabemos cómo vivían; el que se reunían de alguna manera en la convivencia está mostrado por el hecho de que se ha fosilizado toda una pequeña comunidad de aproximadamente ocho individuos que incluía todas las edades, tal vez porque cayó sobre ellos el techo de una caverna, o fueron atrapados en ella por alguna inundación repentina.

Estos antecesores nuestros, seguramente, y esto muestra mi incertidumbre ya que no lo puedo afirmar de la misma manera como he afirmado otras cosas, compartían alimentos. Nosotros sí lo hacemos, los niños pequeños lo hacen. Todas ustedes deben recordar más de alguna situación en la que un niño se saca la comida de la boca y se la pasa a la mamá o al hermano, quien dice: «No, m'hijito, eso no se hace, es cochino». Pero hace tres millones de años la mamá no decía eso, no tenía idea de las bacterias, vivía en un mundo sin bacterias. Y en muchas culturas donde no hay biberones, la

madre pasa la comida directamente de la boca a la guagua cuando ésta no mama. Aún hoy, en muchas culturas los viejos son alimentados directamente de boca a boca cuando ya no tienen dientes, recibiendo la comida masticada por otra persona.

Gregory Bateson, distinguido antropólogo, tiene una película en que aparece una mamá con su guagua en brazos quien, de pronto, se inclina y pasa desde su boca a la boca del niño lo que ella ha estado masticando. Es posible que la costumbre de besarse en la boca venga de allí, venga del compartir alimentos. Esto tiene que ver con otro aspecto de la clase de animales que somos. Somos animales sensuales. Cuando ustedes llegan a su casa el perro les pide cariño, salta, mete la cabeza entre las piernas, y ustedes le hacen cariño, lo tocan, y responden acariciándolo cuando se pone patas arriba para que le rasquen el vientre. Los mamíferos nos acariciamos; para verlo, basta ir al zoológico.

La mano humana, sostengo, es un órgano de caricia que reemplaza a la lengua como tal en otros mamíferos. La mano ya estaba plenamente desarrollada con estas características desde hace tres millones de años en nuestros ancestros directos. Los dedos de la mano del chimpancé no se estiran como los nuestros. El chimpancé camina apoyado en los nudillos de sus manos como un cuadrúpedo. Los restos fósiles muestran que la mano de nuestros antecesores podía estirarse igual que la nuestra. Sin duda en la historia evolutiva humana la mano tiene que ver con la manipulación en la coordinación visuo-manual en esto de sacar las hojitas que cubren las semillas de los pastos. Imagínense una espiga de trigo en la que tienen que sacar las hojas que cubren cada grano para comerlo. Pero la mano humana es mucho más que eso. La mano humana tiene esta maravillosa habilidad de adaptarse a cualquier superficie del cuerpo; con ella se puede acariciar cualquier superficie del cuerpo del otro o propio. No hay duda de que la mano es un órgano manipulativo, pero la historia evolutiva que da origen a lo humano, en mi opinión, no tiene que ver primariamente con el uso de herramientas sino con la sensualidad, la ternura, la colaboración y la caricia. Y no con la caricia como una cosa abstracta sino que con la caricia como fenómeno de la corporalidad que hace de ella, además, un acto psíquico con fundamento fisiológico. ¿Qué pasa si un niño se cae y viene donde la mamá con la rodilla adolorida? La mamá lo acoge, lo acaricia, y el niño deja de llorar. ¿Se trata de un niño mañoso?, ¡no! Es por los efectos fisiológicos de la caricia que el niño se siente inmediatamente mucho mejor. Cuando uno acaricia en torno a la zona magullada se produce anestesia central en el área dolorida como un fenómeno fisiológico normal. La caricia supri-

me el dolor, induce bienestar. Cuando nos acariciamos, cuando entramos en contacto corporal acariciante, nos apoyamos de alma a alma, y sin contacto corporal acariciante, nos enfermamos.

Pero hay más. En estos tres millones de años de historia humana hay una transformación del cuerpo de la mujer y del hombre que tiene que ver con la sensualidad, el lenguaje y la reproducción. El cuerpo de la mujer se transforma siguiendo el curso de la fetalización progresiva del recién nacido humano. El recién nacido humano es prácticamente un feto, un ser completamente incapaz de desplazarse por sí mismo, que si no se le cuida y acarrea en brazos, se muere. Esto en la historia humana ha ido acompañado de la infantilización del adulto. Los seres humanos, machos y hembras, adultos, conservamos rasgos infantiles tanto en la anatomía como en la conducta. Además esta historia de fetalización e infantilización humanas tiene que haber ocurrido en una convivencia de progresiva colaboración del macho con las hembras en la crianza de los niños. Y no sólo eso: dados los resultados, esta historia tiene que haber sido una historia de transformación en la estética de la intimidad sensual, en el lenguaje y la ternura, que se evidencian en la transformación del resto de la fisonomía corporal, de la voz y de la piel.

He dicho que la fetalización humana se entrelaza con una convivencia en la cual los machos participan en la crianza. ¿Cómo puedo hacer esta afirmación? Nada pasa en los seres humanos o en los seres vivos en general que la biología no permita, ni siquiera las experiencias espirituales más diversas son posibles fuera de la biología. Nada pasa que la biología no permita. Sin embargo, la biología no especifica lo que va a pasar, tiene que vivirse en una historia. Pero si nada pasa que la biología no permita, ninguna de las características conductuales actuales sería posible en hombres y mujeres si no tuviesen la biología que lo permite. Hay hombres que se preocupan de los bebés, que son tiernos, cariñosos, y los manejan y se mueven con ellos como una mamá; sí, los hombres tenemos la biología del cuidado del bebé, reaccionamos frente a él con todas las habilidades psicológicas y manuales que tiene la mujer, sólo que no podemos procrear ni amamantar.

Yo puedo afirmar que esta historia de estos tres millones de años a la que estoy haciendo referencia, y en la cual hay más de ciento sesenta mil generaciones, es una historia que ha tenido lugar con la participación de los machos en la crianza de los niños. No habría podido tener lugar de otra manera dado el modo de vida de animales recolectores, compartidores de alimentos, y sensuales, propio de nuestro linaje.

Pero, ¿cuándo surge lo humano? Hasta ahora, en esta reconstrucción histórica, somos iguales nosotros y nuestros ancestros de hace tres millones de años. ¿Cuándo surge lo humano? Lo humano surge con el lenguaje, pero no solamente con estar haciendo lo que el lenguaje es. Ustedes me habrán oído decir que el lenguaje es un modo de convivir en coordinaciones de coordinaciones conductuales consensuales. Les voy a dar un ejemplo mínimo: Supongamos que salen a una calle de doble tránsito y quieren tomar un taxi, en la dirección correspondiente a su lado, es decir, hacia la derecha. Supongamos, además, que en esa dirección todos los taxis vienen ocupados, pero al otro lado de la calle, hacia la izquierda, van libres. ¿Qué hacen?, ¿qué hacemos? Si uno ve un taxi libre hace un gesto, y si uno se encuentra con la mirada del taxista, de la persona que maneja ese automóvil, hace otro gesto, un gesto adicional que uno ve como indicación del movimiento que tiene que hacer el taxista, y, presumiblemente, si uno se contactó con la mirada del taxista éste hace precisamente eso, da la vuelta y se para al lado de uno. Sí, ahí tienen ustedes una coordinación de coordinación conductual. El primer gesto nos coordina con el taxista. Si nos parece que el taxista no nos ve, no hacemos el segundo. El segundo gesto aparece sólo en relación con el primero, en el contexto de la coordinación establecida por éste, de modo que el segundo gesto coordina la coordinación inicial. Eso es una coordinación de coordinaciones conductual entre el presunto cliente y el taxista, y como tal es una operación mínima de lenguaje. Más aún, eso es lo que aprende el niño al aprender el lenguaje: aprende a vivir en coordinaciones de coordinaciones conductuales que surgen en la convivencia con la mamá, sea ésta masculina o femenina. Y digo mamá masculina o femenina porque pienso que la maternidad es una relación de cuidado, no una propiedad de lo femenino. El dar a luz como fisiología de la reproducción tiene que ver con lo femenino; pero la maternidad en los seres humanos es una relación de cuidado para la cual estamos capacitados tanto hombres como mujeres. ¿Es esto extraño? No, ocurre en muchas clases de animales, de modo que en esto tampoco los humanos somos especiales.

Cuando en la historia a que pertenecemos se origina el vivir en el lenguaje como modo de vivir que se conserva generación tras generación, surge lo humano, pero, ¿cuándo pasa esto? Yo estimo que esto pasa alrededor de tres millones de años atrás, hace más de ciento sesenta mil generaciones. Y pienso que tiene que haber ocurrido hace tanto tiempo por todas las transformaciones que se produjeron desde entonces hasta ahora en el rostro, la laringe, la fisonomía en general. El modo de

vida propio de nuestra cultura actual, en cambio, tiene su origen alrededor de siete mil años atrás al surgir en Europa la cultura patriarcal occidental. Quitémosles a tres millones de años, siete mil años ¿cuántos años nos quedan? Dos millones novecientos noventa y tres mil. De modo que por dos millones novecientos noventa y tres mil años se ha vivido una relación de convivencia distinta de la relación de convivencia actual patriarcal, relación de convivencia a la que la noción de género que aplicamos ahora para hombre y mujer no se aplicaba, pues la distinción de género que vivimos ahora es cultural. ¿Qué quiero decir con esto?: quiero decir que la noción de género pertenece a un modo particular de vivir en el lenguaje.

Las diferentes culturas son distintas redes cerradas de conversaciones y, como tales, son distintas configuraciones cerradas de modos de estar en el lenguaje y el «emocionar». Reflexionemos un instante sobre aquello que connotamos cuando decimos que alguien tiene pena, enojo, vergüenza u otra emoción. Si hacemos esto, nos daremos cuenta de que connotamos una clase particular de conducta para cada emoción, no una conducta particular. Así decimos de alguien que tiene miedo en una cierta situación, que pensamos que esa persona se va a conducir de cierta manera, que va a tener cierta clase de conducta, aunque no podamos decir en particular qué va a hacer. Lo que diferenciamos cuando distinguimos emociones son dominios conductuales, dominios de acciones; las distintas emociones corresponden a distintos dominios de acciones. Las distintas culturas como distintas redes cerradas de conversaciones son distintos modos de convivir en las coordinaciones del hacer y el emocionar. Por esto, dos conductas que parecen la misma desde el punto de vista de los movimientos o relaciones externas en que ocurren, son distintas acciones desde el punto de vista de las emociones que las sustentan. Yo sostengo que es la emoción lo que define a la acción, no el hacer que involucra.

La historia evolutiva que ha configurado lo humano actual es una historia de tres millones de años o más, no de dos, cinco o diez mil años. Es una historia evolutiva que ha tenido lugar con una transformación corporal que pasa por la transformación del cerebro. Nuestros ancestros tenían un cerebro de un volumen del orden de los cuatrocientos cincuenta centímetros cúbicos, un tercio del tamaño del cerebro humano actual que es del orden de los mil cuatrocientos cincuenta centímetros cúbicos. Ese incremento de tamaño se relaciona con el modo de vida humano cultural que se establece en el origen de nuestro linaje, con el origen del lenguaje y el vivir en el conversar. El cerebro de

cualquiera de nosotros es tres veces más grande que el cerebro de cualquiera de nuestros antecesores de hace tres millones de años. La transformación que ha tenido lugar desde entonces no ha sido trivial. Ha pasado en la historia del vivir humano constituido en el vivir en el lenguaje. Pero para que esta historia de vivir en el lenguaje como un moverse recurrente en coordinaciones de coordinaciones conductuales consensuales pueda haber ocurrido, tiene que haberse vivido en cercanía corporal y en el compartir. Más aún, para vivir en la cercanía corporal y el compartir no basta estar especialmente cerca, no basta estar encerrados en el mismo espacio. El compartir se da en la emoción que define la cercanía en el convivir y abre espacio al cuidado recíproco. Aquí, por ejemplo, estamos juntos, y ustedes me escuchan y yo atiendo a sus miradas y gestos, porque queremos hacerlo, queremos la compañía y la coparticipación en lo que aquí ocurre. Si no fuese así, nos iríamos cada uno a lo suyo, y si alguien está aquí por obligación está en un emocionar distinto del emocionar de los otros, que resulta en un distinto escuchar y hacer. Es la emoción la que define cualquier hacer como una acción: si queremos saber a qué acción corresponde un cierto hacer: colaboración u obediencia, respeto o tolerancia, apoyo o agresión, debemos mirar la emoción en que se realiza, miedo, amistad, vergüenza, agresión, ternura; debemos mirar a la acción que constituye ese hacer como una acción.

La historia humana ha seguido y sigue el curso de las emociones. La historia evolutiva humana tiene que haber transcurrido y ha transcurrido bajo una emoción fundamental que ha hecho posible la convivencia humana, y esa emoción fundamental es el amor. Sí, amor con minúsculas, no mayúsculas. Lo que digo no tiene que ver con ninguna religión, tiene que ver con la biología, y desde la biología el amor es el dominio de las acciones que constituyen al otro como a un legítimo otro en convivencia con uno. Amor es la emoción que constituye la relación que se tiene con una araña peluda si al verla, en el cerro, uno dice: «una araña» y se corre para no pisarla y seguir de largo. Tanto es así, que si alguien nos ve actuando de ese modo dice, a su vez: «Usted parece que ama a los animales». Si no ocurriese así, si ustedes después de ver a la araña la pisasen para matarla, el otro diría: «Usted no ama a las arañas». En el momento en que ustedes tratan a otro como un legítimo otro en convivencia con ustedes, el comentario que un observador hace es sobre la presencia de amor.

En la historia evolutiva que nos constituye como seres humanos nosotros surgimos como hijos del amor. Esto no tiene que ver con lo bueno o con lo malo, tiene que ver con la emoción que constituyó la posibilidad de

la convivencia en la cual surgió el lenguaje e hizo posible las transformaciones evolutivas que tuvieron lugar de modo que ahora somos como somos. El amor no es algo peculiar de los seres humanos, es propio de todos los animales que viven en cercanía e intimidad. Lo que pasa es que el amor tiene un carácter especial para los seres humanos, porque ha hecho posible la convivencia en la que surgió el lenguaje que, como modo de convivencia, configuró nuestro ser humano. En otras palabras, los seres humanos pertenecemos a una historia evolutiva en la que la emoción fundamental es el amor y no la agresión o la indiferencia. Tanto es así, que cuando se interfiere con el amor, con la relación de convivencia en la que surgimos como seres legítimos en el mutuo respeto, nos enfermamos. Todos sabemos esto, y sabemos también que el único remedio es el amor.

La historia evolutiva humana en tanto historia en el lenguaje es cultural, y nuestro ser como seres humanos es cultural. Pero quiero por el momento volver a esto, ¿qué es una cultura? Ya lo dije, una cultura es un modo de convivir en el entrelazamiento del lenguajear y el «emocionar» en una red de coordinaciones de acciones y emociones que designo con la palabra conversar, que significa dar vuelta juntos en la conducta y la emoción. Distintas culturas son distintas redes de conversaciones. La distinción de género como masculino y femenino según la cual se les asigna distintas tareas al hombre y a la mujer, reclamando superioridad para lo masculino, es cultural, no biológica. Biológicamente hombres y mujeres somos distintos, pero todas las asignaciones valorativas asociadas al género son culturales. En la historia evolutiva humana hombre y mujer son copartícipes colaboradores en una convivencia que ha seguido el camino de la sensualidad y la ternura hasta el surgimiento de las justificaciones culturales que separan y oponen los sexos desde alguna teoría filosófica o religiosa que valida el control o dominio de uno sobre otro. En tanto lo humano es cultural, los niños que crecen en una cultura particular viven la red de conversaciones que constituye la cultura como algo natural hasta que se encuentran en contradicción con su biología.

¿Cómo se vive una cultura?, ¿cómo se aprende una cultura? Viviendo en ella. La mamá no le enseña a uno la cultura, pero uno vive la cultura con la mamá y aprende el hacer y el emocionar de la mamá. Las distintas culturas admiten ciertas preguntas y niegan otras, la mayor parte del tiempo no hay que hacer explícito qué preguntas son legítimas y qué preguntas no lo son. Los niños crecen aprendiendo a preguntar ciertas cosas y a no preguntar otras meramente viviendo en la comunidad a que pertenecen porque la cultura se adquiere en el vivir en ella. Algunos aspectos particulares como

declaraciones morales se adquieren por afirmaciones explícitas cuando hay conflicto en la convivencia, porque tales nociones surgen en una cultura como ampliaciones de la red de conversaciones que la constituyen en el intento de sus miembros de conservarla. Por esto las afirmaciones morales constituyen exigencias conductuales que implican la conservación o la negación de un cierto empujón.

Lo que hacemos al educar a nuestros niños en el convivir o al mandarlos al colegio es acotar sus espacios conductuales y especificar los espacios de preguntas legítimas e ilegítimas que ellos vivirán. Ejemplo: Hija: «mamá, Pedrito tiene una cosita con la que hace pipí, y yo no tengo». Mamá: «m'hijita, de esas cosas no se habla». No se puede hablar de sexo en nuestra cultura, el sexo es obscuro, es decir, en nuestra cultura vivimos una contradicción fundamental con nuestra biología, porque la anatomía sexual y las sensaciones corporales sexuales son parte de nuestro vivir. Nuestra cultura patriarcal occidental valora la procreación, pero denigra al sexo; no debemos hablar de sexo porque es obscuro. El resultado es que hablamos de sexo todo el tiempo: en la TV, en el cine, en la calle, sin respeto por nuestra propia sexualidad ni la sexualidad del otro, y al negar nuestra biología negamos nuestra espiritualidad: el sexo se vuelve cosa.

Las diferencias valorativas de los géneros masculino y femenino son culturales y si son culturales pueden cambiar. Ciertamente hay diferencias fisiológicas entre lo masculino y lo femenino. Desnudémonos, un hombre y una mujer, y comparémoslos. Somos distintos, pero no somos ninguno mejor que el otro, y nuestro problema surge cuando negamos nuestra biología y tratamos a uno como superior al otro en función de diferencias fisiológicas y anatómicas. Hombres y mujeres somos distintos, pero pertenecemos a una historia de colaboración en la convivencia de lo masculino y lo femenino.

La oposición de lo masculino y lo femenino surge con nuestra cultura patriarcal occidental siete mil años atrás. ¿Cómo puedo afirmar esto? Lo puedo hacer porque hay evidencias arqueológicas. Hay un presente arqueológico que se explica desde una reconstrucción histórica que apunta al momento en que se encuentran dos culturas opuestas: una cultura que yo llamo matrística, existente en la Europa central, y una patriarcal pastora que viene de Asia central. Se trata de nuestros ancestros, Kurga o Indoeuropeos que desbordan en distintos momentos hacia China, India y Europa. En algún instante estas dos culturas se encuentran en Europa, pero se encuentran como dos modos de vida, que son completamente opuestos. Donde una cultura dice a, la

otra dice b, donde una dice c, la otra dice e. Por ejemplo: hasta cinco mil años antes de Cristo había en Europa Balcánica comunidades recolectoras/agricultoras que no vivían centradas en las jerarquías ni en la apropiación ni en la guerra, a juzgar por los signos arqueológicos: no había fortificaciones defensivas ni muestras de destrucciones bélicas, no había signos de división de la tierra, no había diferencias en las tumbas de hombres y mujeres, ni armas como decorados u ofrendas. Se trata de comunidades que llamo matrísticas porque en los lugares de culto se encontraban figuras femeninas simples o híbridas masculino-femeninas.

Seguramente ustedes saben de una estatuilla llamada Venus de Willendorf. Esta estatuilla, que debe haber sido tallada hace más de veinticuatro mil años, tiene la forma de una mujer de vientre abultado, caderas anchas y grandes pechos. Al mismo tiempo, carece de rostro y las manos son apenas un esbozo sobre los pechos. Si se la mira como escultura, es una cosa preciosa, si la miran como forma femenina tal vez no guste porque sus pechos son exagerados, las nalgas demasiado grandes lo mismo que las caderas y el abdomen abultado; no satisface de ninguna manera la estética femenina de nuestro tiempo, y me atrevo a decir, tampoco la estética femenina de esa época. Cuando se la descubrió se la llamó la Venus de Willendorf porque fue descubierta allí, en el pequeño poblado austriaco, y se la trató como expresión de arte. Pero nosotros tenemos una noción del arte que saca a lo estético de lo cotidiano y lo pone en el museo. Esta estatuilla, empero, no pertenecía a un museo, pertenecía a la vida cotidiana. Como ya dije, esta figura no tiene rostro, y si ustedes miran el detalle del cuerpo: genitales, rodillas, nalgas, ven que es perfecto. Tampoco tiene manos, pues sobre los pechos tiene sólo un esbozo, apenas una insinuación de ellas. Pero la persona que hizo esta escultura muestra tal habilidad que no cabe la menor duda de que podría haber hecho más, no cabe la menor duda de que podría haber hecho rostro y manos perfectos, de modo que la ausencia de manos y de rostro revela algo de su vivir. Se dice que figuras como ésta representan a la Diosa Madre, la Diosa de la Fertilidad.

Hay otras figuras femeninas que tienen un carácter completamente distinto: se trata de mujeres de formas delicadas, esbeltas, sin exageración en las caderas ni en las piernas ni en el movimiento. Son estatuillas en postura erguida, con los brazos abiertos y levantados que tampoco tienen rostro ni detalle en las manos. El estilo corporal, las proporciones del cuerpo, se parecen a las formas de mujeres modernas que consideramos hermosas en nuestra cultura actual. Si se comparan estas

clases de figuras, se ve que son completamente diferentes; una está con los brazos abiertos, como en oración; la otra está con las manos sobre los pechos como una figura en concentración sobre sí misma, en su propia armonía. Yo pienso que la figura esbelta de mujer con los brazos abiertos representa a la mujer, es la figura de la mujer de la época; la otra, la figura de la Venus de Willendorf, es evocadora de la abundancia y coherencia del mundo natural y no representa a la mujer.

Pienso que la ausencia de manos y rostro no es accidental y revela que esa gente no vivía en la manipulación ni en la aserción del yo, y pienso, también, que tampoco vivían en la reafirmación de lo individual como una exaltación del ego. Cuando la reafirmación individual en oposición a lo colectivo es fundamental, el rostro tiene presencia, porque es en el rostro donde nos distinguimos del otro en el yo. El dicho «en la noche todos los gatos son negros», en el fondo afirma que en nosotros la individualidad, como distinción del otro, tiene una presencia fundamental como parte de nuestra mente cotidiana a través del rostro. Destacar el rostro es destacar el ego, no destacar el rostro es no destacar el ego.

Cuando aparece el patriarcado en Europa, aparecen las jerarquías, aparece la guerra, aparecen las diferencias en las tumbas de hombres y mujeres, aparecen las armas como adorno, y empiezan a aparecer figuras en las cuales las manos, los ojos y los rostros tienen presencia.

La cultura patriarcal se origina fuera de Europa. Pienso, como aparecerá en un ensayo titulado «Conversaciones matrísticas y patriarcales», incluido en un libro que publicaré en colaboración con la Dra. Verden Zoller con el título de *Amor y Juego, fundamentos olvidados de lo humano*, que el patriarcado, con el cual nosotros, occidentales europeos modernos, estamos históricamente conectados, se origina en Asia con el pastoreo, y que el pastoreo se origina en la persecución sistemática del lobo que le impide el acceso a su alimento natural. En este acto sistemático que niega al lobo el acceso a su comida natural y normal surge la apropiación, aparece la propiedad privada como un acto que le impide a alguien el acceso a algo que le pertenece de manera natural. Si ustedes van por el campo y encuentran un letrero que dice: «propiedad privada», ustedes saben que se les está negando el acceso a algo que de alguna manera debería serles accesible de modo natural.

La apropiación constituye a la propiedad privada como un acto de exclusión del otro con respecto a algo que normalmente es también suyo.

El hecho es que el patriarcado surge a partir de la apropiación.

No voy a hacer una discusión más larga de la apropiación, pero quiero agregar que al surgir la apropiación cambia el empujar cotidiano y surgen la enemistad, la guerra, la desconfianza y el control, y con éstas, la valoración de la procreación y la transformación de la mujer en procreadora con la negación de cualquier conducta de regulación de la natalidad. Más aún, con la valoración de la procreación y la negación de cualquier conducta de regulación de la natalidad, surge la explosión demográfica tanto animal como humana. Y con la explosión demográfica surgen el daño ecológico, la pobreza y la migración en un desplazamiento que lleva a la guerra de usurpación, la piratería, el sometimiento, el abuso y la esclavitud. El encuentro de la cultura patriarcal y la matrística como dos culturas directamente opuestas, pertenece a esta dinámica: hay oposición total entre la cultura patriarcal centrada en la apropiación, las jerarquías, la falta de confianza en la armonía del mundo natural, el control del otro, la valoración de la procreación, el control de la sexualidad de la mujer en oposición a las prácticas de regulación de la natalidad, la guerra y la dominación, y la cultura matrística centrada en la colaboración, la coparticipación, el respeto mutuo, la confianza en la armonía del mundo natural, la sexualidad como parte del bienestar y la belleza del vivir, y la ausencia del control de la sexualidad de la mujer en la aceptación de prácticas de regulación de la natalidad. En algunas ocasiones la cultura matrística es completamente eliminada, en otras se entremezcla de alguna manera con la patriarcal, en otras es desplazada, y aun en otras queda englobada por la cultura patriarcal, y permanece hasta ahora contenida en la relación materno-infantil por una envoltura de vida adulta patriarcal. Pienso que este último caso es el que da origen a nuestra cultura patriarcal occidental. Las mujeres matrísticas europeas no se someten del todo y retienen la cultura de la cooperación, el mutuo respeto, la sensualidad y la ternura, en el ámbito de la relación materno-infantil y de las relaciones de las mujeres entre ellas. La cultura patriarcal englobante presiona continuamente por penetrar en ese espacio introduciendo dimensiones de control, jerarquía, obediencia y competencia, con éxito variable. La oposición o conflicto entre los géneros masculino y femenino surge en estas circunstancias como resultado de la oposición de lo matrístico y lo patriarcal que tiene que vivir el niño o la niña al crecer inmerso en una infancia matrística en la relación materno-infantil, y debe luego pasar a una cultura patriarcal al acceder a la vida adulta. En este proceso el niño o niña presencia la continua oposición entre su madre matrística y su padre patriarcal como si se tratase de una oposición natural biológica entre

el hombre y la mujer, y como si la dominación cultural de la mujer por el hombre fuese expresión de la superioridad intrínseca de lo masculino sobre lo femenino: los hombres son valientes, las mujeres son débiles; los hombres son racionales, las mujeres son emocionales; los hombres son confiables, las mujeres son volubles; los hombres son veraces, las mujeres son engañosas. El niño o niña aprende a vivir la encarnación del bien y el mal en el hombre y la mujer: el hombre es el bien, la mujer es el mal. Los adultos que surgen de estos niños no ven que la oposición de lo masculino y lo femenino pertenece a la cultura patriarcal europea que surge del encuentro de esas dos culturas; más aún, esos adultos tampoco ven que lo patriarcal no pertenece a lo masculino. Lo masculino y lo femenino son, en su constitución biológica y en la espontaneidad de un vivir sin la presión cultural patriarcal, identidades sexuales diferentes pero equivalentes.

Supriman ustedes las exigencias culturales patriarcales y surge inmediatamente la equivalencia, la colaboración, el placer de la compañía. Admitan ustedes las exigencias culturales patriarcales, y aparecen inmediatamente la oposición, la exigencia y el dolor en la convivencia que hace desaparecer la compañía y da origen al sufrimiento. Al crecer, el niño o niña vive una continua presión para que abandone la cultura matrística de la infancia y se entregue al ser y hacer patriarcal de la vida adulta. Cuando eso pasa, surge un adulto que sufre, pero añora la armonía, belleza y sensualidad del mutuo respeto y confianza de la infancia matrística como algo utópico. La democracia surge como intento de recuperación de la vida matrística de la infancia gracias a esa añoranza. Con la Dra. Verden-Zoller hablamos en nuestro libro *Amor y Juego*, fundamentos olvidados de lo humano, de la democracia como una convivencia neomatrística que surge como una ruptura en el patriarcado europeo.

La democracia no es un modo de convivencia en el cual se accede al poder a través de un acto electoral; la democracia no es una oportunidad para una lucha electoral por el poder; la democracia surge como un modo de convivencia en el cual todos los ciudadanos, cualquiera que sea el criterio de elección para ser ciudadano, tienen libre acceso a todos los temas de la comunidad, tanto para su observación y discusión como para participar en las decisiones de acciones sobre ellos. En la democracia las elecciones de autoridades son sólo actos de delegación transitoria de responsabilidades, y configuran una operacionalidad destinada a evitar que nadie se apropie de los asuntos de la comunidad de modo que éstos puedan mantenerse públicos. Cuando se habla de la vía electoral como un modo democrático

de acceso al poder, se niega lo democrático, pues en la democracia no hay poder: hay colaboración y coparticipación en el decidir y en el hacer.

Cuando se quiere defender la democracia con medidas de autoridad se niega la democracia, y se abre paso a la tiranía precisamente porque la democracia consiste en la legitimidad de todos los ciudadanos en la generación de acuerdos de convivencia. La democracia no se defiende, se vive. Con frecuencia se dice que "la democracia es ineficiente, pero es lo mejor que tenemos". Tal afirmación es falaz, porque juzga a la democracia con los criterios de eficiencia propios de los sistemas autoritarios. La democracia vivida como tal, y no meramente mencionada, hace lo que promete: genera una convivencia en el respeto mutuo, en la colaboración, y en la visión y corrección de los errores que se producen en ella.

La historia de la democracia, desde que surge en Grecia, es una historia de conflictos que tienen que ver con dos aspectos fundamentales. El primero tiene que ver con la pregunta: ¿quiénes son ciudadanos? En el origen de la democracia son ciudadanos solamente los dueños de tierras. No son ciudadanos ni las mujeres ni los comerciantes ni los artesanos, y parte de la historia de las prácticas democráticas pertenece al intento de expandir el ámbito ciudadano a todos los seres humanos, mujeres, artesanos, campesinos. El segundo aspecto de los conflictos en la historia de la democracia tiene que ver con el vivir patriarcal en que ella surge, que presiona continuamente para negarle su carácter matrístico y restituir las jerarquías y las relaciones de dominación y control. Así, por ejemplo, se habla de autoridad y de poder. Las nociones de autoridad y poder son constitutivamente negadoras del otro, y, por lo tanto, antidemocráticas. El poder se constituye en la obediencia cuando uno hace lo que otro le pide, en circunstancias que uno no lo quiere hacer, sometiéndose para conservar, salvar o proteger algo, que puede ser la propia vida. El poder surge y se constituye en la obediencia, y la obediencia es un acto de autonegación en la concesión de poder. Si uno entra en una relación jerárquica aceptada por otro, niega al otro, y se niega a sí mismo, porque acepta como legítima la obediencia. La obediencia pertenece al sistema jerárquico del patriarcado. En la democracia no hay obediencia, hay colaboración y acuerdos como dominios de coherencias en el hacer que surgen en el respeto mutuo.

Estos dos tipos de conflictos que se presentan en la historia de la democracia surgen del hecho de que la democracia aparece en el seno de una cultura patriarcal como un modo de convivencia que rompe con ella, así como del hecho de que los que la realizan son seres hu-

manos surgidos en el patriarcado europeo occidental. Pero el que esto sea así es también lo que nos posibilita para concebir una vida democrática, ya que la cultura patriarcal occidental tiene un corazón matrístico.

Otras naciones patriarcales no tienen un corazón matrístico y las nociones democráticas resultan difíciles de comprender para sus miembros porque no han tenido como niños el espacio experiencial que hace posible tal comprensión. En nuestra cultura patriarcal occidental el niño vive en su infancia matrística un espacio de aceptación y de respeto en la resolución de los conflictos, y de colaboración y coparticipación en el hacer, no vive en la lucha ni en la competencia. En la vida adulta es distinto: en la vida adulta se vive en la competencia, en la lucha, en las jerarquías, y se dice: «¡Ah, eso de vivir en la colaboración es utópico! Eso está bueno para el jardín infantil». Notable que se muestre así, con tanta claridad, la oposición de la infancia matrística y la vida adulta patriarcal. El conflicto de la adolescencia no es un conflicto biológico del desarrollo. La adolescencia no es un fenómeno psicológico de la transformación biológica en el crecimiento, es un fenómeno cultural, es un vivir conflictivo que surge de pasar de una cultura a otra que la niega totalmente. Uno viene del compartir y tiene que entrar a la competencia; uno viene de la participación y tiene que entrar en la apropiación; uno viene del respeto a su propio cuerpo y tiene que entrar a tratar su cuerpo como obsceno; uno viene de la colaboración que surge del respeto mutuo y tiene que entrar en la autonegación de la obediencia; uno viene de la veracidad de ser, y tiene que entrar a la mentira de la apariencia y de la imagen. Ese es el conflicto del adolescente. Pero el hecho de que exista ese conflicto quiere decir que existen los fundamentos matrísticos que constituyen la posibilidad de un vivir democrático si se quiere.

Pienso, personalmente, que ésta es una tarea de todos, pero pienso también que es una tarea que nos involucra de manera levemente distinta al hombre y a la mujer. Desde luego nos involucra de una misma manera en la necesidad de eliminar las nociones genéricas valorativas, pero nos involucra de una manera distinta porque tenemos que mirar a la recuperación del espacio de colaboración de distinta manera. Los hombres tenemos que abandonar las pretensiones de superioridad y las mujeres tienen que abandonar la aceptación de la inferioridad, y esto tiene que pasar no sólo en la convivencia de los adultos sino que también en la convivencia con los niños. Además tenemos que comprender que dejar de pretender que se es superior no es lo mismo que dejar de aceptar que se es inferior, porque las tentaciones son distintas. La tentación del que está

dejando de ser superior es la de sumergirse en la humildad extrema y en la autodesvalorización, y la tentación del que está dejando de sentirse inferior es la de entrar en la dominación y la sobreautovalorización.

Mujeres y hombres tenemos que encontrar el espacio de equivalencia y mutuo respeto que hace posible la colaboración, pero tenemos que reconocer las diferencias: los hombres no podemos tener hijos como lo hacen las mujeres, pero estamos como ellas igualmente dotados para ser madres si aceptamos la maternidad como una relación de cuidado; los hombres y las mujeres tenemos fisiologías distintas, pero ninguno es superior o inferior al otro; las mujeres y los hombres necesitamos igualmente de la ternura y la sensualidad como un aspecto fundamental del ser humano, pero nuestros ritmos biológicos son diferentes; en fin, los hombres y las mujeres estamos igualmente dotados para la consensualidad, pero vivimos el mundo desde perspectivas biológicas diferentes porque nuestros cuerpos son distintos. Es decir, en tanto somos iguales, ninguno es superior al otro, pero en tanto somos distintos, la convivencia sólo puede darse sin dolor ni sufrimiento, desde la participación en un proyecto común en el mutuo respeto de la colaboración entre iguales respetando las diferencias. Esto a veces se señala hablando de complementariedad.

Voy a terminar diciendo que en mi laboratorio, tengo una carta de la Declaración de los Derechos Humanos de Naciones Unidas clavada en la pared. Hay treinta derechos consignados en ella. Yo he agregado dos derechos a esa lista. Mis alumnos han agregado uno más. Noten ustedes que la carta de los derechos humanos es un acto declarativo cultural en un intento neomatrístico que pretende recuperar un modo de vivir en el mutuo respeto entre iguales. Los derechos humanos no son naturales, son una obra conspirativa para una convivencia en un proyecto común neomatrístico que se quiere vivir.

Es por esto que ha resultado tan difícil vivir de acuerdo a ellos. Para que los derechos humanos tengan presencia uno tiene que quererlos; si uno no los quiere, no tienen ninguna presencia. Pero si uno quiere la coinspiración que ellos representan, uno puede agregar otros que uno considera que requieren ser reconocidos en el espacio de convivencia neomatrística que les da origen. Como dije, yo he agregado dos y mis alumnos han agregado un tercero.

1. El derecho a equivocarse, el derecho a cometer errores. Pienso que el derecho a equivocarse es fundamental, porque si uno no tiene derecho a equivocarse no tiene cómo corregir los errores

porque no tiene cómo verlos. Los sistemas autoritarios jamás se equivocan, porque para equivocarse uno tiene que aceptar que no es autoridad. Tiene que aceptar que no es dueño de la verdad. Por esto el derecho a equivocarse es un derecho fundamental.

2. El otro derecho que yo agregué, es el derecho a cambiar de opinión. Vivimos un mundo que nos exige ser iguales siempre. Ejemplo: a veces a uno lo acusan: «usted hace 20 años dijo tal cosa, ahora está diciendo algo distinto». Ciertamente dije cosas distintas hace 20 años, algunas de las cuales me alegra haberlas dicho, y otras no. La verdad es que hay ciertas cosas que yo quisiera no haber dicho jamás en mi vida, pero el haberme dado cuenta de que fueron indeseables me permite cambiar de opinión. Pero si el otro no me deja cambiar de opinión, ¿cómo suelto la verdad y acepto mi error? y tengo que soltar una verdad para tener otra. En fin, para moverme en un espacio de respeto al otro necesito no ser dueño de la verdad, y para no ser dueño de la verdad necesito poder cambiar de perspectiva, es decir, necesito poder cambiar de opinión.
3. El tercer derecho, agregado por mis alumnos, es el derecho a irse. Claro, la convivencia no debe ser una cárcel.

Para terminar, quiero volver al principio, quiero volver a la mirada que permite verse parte de un sistema de seres que se respetan mutuamente. Pero para respetarse mutuamente hay que haber vivido en el respeto mutuo. Ése es el comienzo de nuestra historia: una convivencia en el mutuo respeto que añoramos tanto que en algún momento hemos querido recuperar en un acto conspirativo internacional, la declaración de los derechos humanos, veamos si podemos vivir de acuerdo a nuestros deseos.

AUTOBIOGRAFÍA CIENTÍFICA DE HUMBERTO MATORANA

(Escrita a propósito de haberle sido otorgado el Premio Nacional de Ciencias en 1995)

Comencé mi vida científica como estudiante de medicina (1948) en la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile bajo la guía del Profesor Gabriel Gasiç.

Más tarde la continué en Inglaterra (1954) con el profesor J. Z. Young. Durante este periodo y en relación con estos profesores, aprendí a considerar a los seres

vivos no como conglomerados de propiedades o componentes con importancia funcional, sino como entes dinámicos autónomos en continua transformación en coherencia con sus circunstancias de vida.

En 1956 fui aceptado en la Universidad de Harvard como candidato al Ph.D. en biología. Yo estaba interesado principalmente en la neuroanatomía y la fisiología de la visión, pero mi interés biológico general era la comprensión del modo de operar sistémico del sistema nervioso y la organización sistémica de los seres vivos. Obtuve mi doctorado (Ph.D.) en 1958 con una tesis que fue un estudio de la ultra estructura del nervio óptico de la rana (*Rana pipiens*). Mi interés en el tema de la percepción me llevó a relacionarme con el Dr. Jerome del Instituto Tecnológico de Massachusetts, y a aceptar eventualmente una posición postdoctoral en su laboratorio. De allí en adelante colaboramos por varios años. Los frutos de esta colaboración fueron publicados en varios artículos sobre anatomía y fisiología de la visión de la rana, artículos considerados ya como clásicos. Yo pienso que esos trabajos han tenido una gran influencia en la historia de la fisiología de la percepción porque rompieron con la visión tradicional existente que trataba al sistema nervioso como un analizador pasivo de las dimensiones físicas del estímulo. En esos trabajos mostramos que en la visión de la rana, y ya a nivel de la retina misma, el sistema nervioso especifica con su estructura lo que el animal ve. En ese entonces nosotros decíamos que la retina abstraía de manera selectiva distintas configuraciones del estímulo visual. Sólo más tarde me di cuenta de que lo visto era de hecho especificado por el operar de la retina, y que no era simplemente una abstracción de las coherencias del mundo visible. Más aún, mostramos que es el vivir del animal lo que determina cómo y qué ve éste.

Regresé a Chile en 1960 como Ayudante Segundo en la Cátedra de Biología de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile. Siguiendo mi interés en los fenómenos perceptuales y en la organización de los seres vivos, inicié dos caminos de investigación, uno en una serie de estudios anatómicos y fisiológicos del sistema visual de las aves, y otro en el intento de caracterizar la organización de los seres vivos como sistemas autónomos.

En el ámbito de la percepción visual estudié la visión de colores de la paloma, tratando de identificar a nivel retinal y talámico los procesos neurofisiológicos que dan origen en estos animales a sus distinciones cromáticas. A través de este estudio llegué a lo que considero las ideas centrales de mi entendimiento del sistema nervioso:

- a) Que el sistema nervioso no opera captando características del mundo externo, y que por lo tanto no opera haciendo una representación de dicho mundo externo
- b) Que los estímulos que un observador ve como externos gatillan pero no especifican los cambios que ocurren en el sistema nervioso como resultado del fluir de las interacciones del organismo con el medio
- c) Que el sistema nervioso como red neuronal cerrada sobre sí misma opera como una red cerrada de cambios de relaciones de actividad neuronal
- d) Que en tanto algunos de los componentes neuronales del sistema nervioso se intersectan con las superficies sensoras y efectoras del organismo, éste en su operar como red cerrada de cambios de relaciones de actividad en sus elementos neuronales, da origen a correlaciones senso efectoras en el organismo
- e) Que la conducta del organismo surge en sus encuentros con el medio según el fluir de las correlaciones senso efectoras que el operar del sistema nervioso genera en él
- f) Que la congruencia operacional de un organismo con su circunstancia es el resultado de los cambios estructurales coherentes entre organismo y medio que han surgido de la historia evolutiva a que éste pertenece, y que surgen en su devenir ontogénico.

Fue entre los años 1968 y 1970 que publiqué por primera vez estos trabajos e ideas en tres artículos llamados, "A relativistic Theory of Color Coding in the Primate Retina", "Neurophysiology of Cognition", and "Biology of Cognition". Desde entonces he continuado trabajando sistemáticamente con las consecuencias de esta ideas en los ámbitos de la neurobiología, el conocimiento, el lenguaje, y la evolución biológica.

La noción de que el sistema nervioso opera como una red cerrada de cambios de relaciones de actividad neuronal ha resultado poderosa para la comprensión de los fenómenos cognoscitivos. En 1970 entrelacé la visión del operar del sistema nervioso como sistema cerrado de cambios de relaciones de actividad, con la visión del ser vivo como sistema cerrado de producciones moleculares, en el desarrollo del entendimiento de los seres vivos en su organización como redes cerradas de producciones moleculares abiertas al flujo material y energético. Así inventé la palabra "autopoiesis" para capturar el hecho de que los seres vivos son sistemas autónomos como redes discretas de producciones moleculares en las que las moléculas producidas con sus

interacciones constituyen la misma red que las produjo y especifican su extensión en un ámbito de continuo flujo molecular. En un libro que escribí con mi antiguo alumno Francisco Varela, y que llamamos "De Máquinas y Seres Vivos" mostramos que todos los fenómenos biológicos resultan directa o indirectamente del operar de los seres vivos como sistemas autopoieticos moleculares. La teoría de la autopoiesis junto con el entendimiento de que el sistema nervioso no opera con representaciones del medio, ha tenido muchas consecuencias en el ámbito de la biología, teoría del conocimiento, y ciencias sociales.

Lo que ha ocurrido en el ámbito de la neurobiología en estos últimos veinte años muestra, en mi opinión, aunque de manera circunstancial, que mi visión del operar del sistema nervioso es adecuada. En efecto, cada vez más se hace evidente que la idea de que el sistema nervioso opera con representaciones del medio de existencia del organismo es inadecuada para entender fenómenos como el lenguaje, la conciencia, la imaginación, o el sentido espiritual de la vida humana. Es por esto que el tema de la neurobiología de la visión como un camino de investigación de la generación de los espacios de existencia de los seres vivos sigue vigente, y se mantiene como un tema central en mi laboratorio.

Desde 1970 he trabajado en el desarrollo de lo que he llamado "biología del conocimiento" así como en las implicaciones de la teoría de la autopoiesis en distintos ámbitos de la fenomenología biológica, en particular en el antropológico social, en el origen de lo humano, y la evolución biológica. Estos distintos temas están entrelazados tanto desde lo que se refiere a la organización del ser vivo y su operar como sistemas determinados en su estructura, como desde lo que se refiere al entendimiento del operar del sistema nervioso como una red neuronal cerrada. Lo central en el desarrollo de mi pensar ha sido el hacerme cargo de que los seres vivos existimos en dos dominios operacionales, uno el de la dinámica estructural interna, que es donde se realiza la autopoiesis, y el otro es el de la dinámica relacional que es donde existimos propiamente como seres vivos en la realización de nuestro vivir como las distintas clases de seres vivos que somos.

La distinción de estos dos dominios de existencia de los seres vivos es central para no confundirlos en la explicación. Así, por ejemplo, no es posible entender el fenómeno del lenguaje si uno no se hace cargo de que éste existe o tiene lugar como una dinámica relacional y no como una dinámica neurofisiológica, aunque resulte de una dinámica neurofisiológica. Lo mismo pasa con los fenómenos de autoconciencia.

Otro aspecto del desarrollo de mi pensar y explicar tiene que ver con el hacerse cargo de que los seres vivos somos sistemas determinados en nuestra estructura, y que, por lo tanto, es central entender y explicar los fenómenos humanos en todas sus dimensiones sin violar conceptualmente tal condición. En este sentido me he dado cuenta de que para de hecho comprender y explicar los fenómenos biológicos en su carácter histórico, es fundamental hacerse cargo de la condición de congruencia estructural del ser vivo con su circunstancia su como condición primaria de existencia. El reconocimiento conceptual y operacional de esta condición, que yo llamo “acoplamiento estructural”, permite comprender el curso del cambio estructural filogenético y ontogénico bajo condiciones en las que se conservan el vivir y la adaptación. Más aún, tal comprensión permite explicar las distintas dimensiones del vivir humano en espacios de existencia que surgen en la convivencia en el lenguaje como si fuesen de carácter abstracto pero que ocurren en la concretitud del vivir cotidiano. Mi trabajo en este campo me ha llevado a varias publicaciones, de las cuales la más reciente es un pequeño libro que se llama, “Objetividad: un argumento para obligar” (Dolmen Editores, 1997).

En el presente me encuentro trabajando en entender el acoplamiento de la dinámica cerrada del sistema nervioso con el operar del organismo que hace a ese operar cerrado un operar recursivo generador de los distintos espacios de relaciones en que un organismo vive. Esto es particularmente necesario para comprender la existencia humana en los distintos dominios de realidad en que tiene lugar, y cómo vivimos en realidades virtuales que dejan de serlo para ser el fundamento de nuestro devenir. Por último, es desde esta dirección que me interesa el origen de lo humano, el lenguaje y las emociones.

El último desarrollo conceptual que he hecho tiene que ver con lo que llamo “biología del amor”, cosa que aún se trata como tema tabú en el ámbito de las ciencias biológicas, pero que yo quiero sacar de allí. Las emociones ocurren en el espacio relacional del organismo como clases de conductas relacionales. Desde el punto de vista orgánico las emociones corresponden a dinámicas internas neurofisiológicas que especifican en cada instante cómo se mueve el organismo en el espacio relacional. Las emociones, por lo tanto, especifican el curso de las relaciones del organismo en el medio, y de hecho constituyen un factor guía en el devenir ontogénico y filogenético a la base de la historia evolutiva de los seres vivos.

ENSAYO

REFLEXIONES SOBRE EL SISTEMA DE LAS NEURONAS ESPEJO Y ALGUNAS DE SUS IMPLICANCIAS PSICOTERAPÉUTICAS

(Rev GPU 2008; 4; 2: 193-198)

André Sassenfeld¹

Este trabajo describe las características fundamentales del denominado sistema de las neuronas espejo y se detallan algunas ideas sobre la importancia que tiene para el ser humano. Se relaciona, en este sentido, con procesos psicológicos como la empatía y el reconocimiento de las intenciones de los demás. Más allá, se presentan las reflexiones de algunos teóricos recientes que han comenzado a estudiar el papel del sistema de las neuronas espejo en el contexto psicoterapéutico. Cuando una persona observa la expresión facial de otra, “en el nivel implícito el cerebro del observador calza los elementos motores de la expresión de la pareja [...] Esta actividad motora es implícitamente ligada en la persona que observa con cambios autonómicos, sensaciones somáticas y sentimientos emocionales asociados a la expresión facial. De esta manera, cuando una persona ve la expresión emocional de otro, la persona *recrea como estado interno propio los procesos corporales del otro y la experiencia emocional de lo que el otro ‘siente’*” (Pally, 2005, pp. 195-196, cursivas del original).

La existencia de este “efecto camaleón” (Iacoboni, 2007) ha recibido apoyo empírico desde la perspectiva de la investigación de las emociones y al parecer existen diferencias individuales significativas en su ejecución (Adolphs, 2003; Beebe & Lachmann, 2002; Decety & Jackson, 2006; Gallese, Eagle & Migone, 2006; Iacoboni, 2007; Wolf *et al.*, 2001).

Diferentes estudios han mostrado que el fenómeno descrito tiende a producirse de forma automática y que se activa incluso en ausencia del reconocimiento

consciente del estímulo gatillador –esto es, de modo implícito, una expresión con la cual las neurociencias y las ciencias cognitivas designan una modalidad no consciente pero altamente influyente de procesamiento de la información. Se ha propuesto que el individuo se puede “contagiar” con las emociones de otros individuos “como resultado de una retroalimentación generada por una imitación motora elemental de la conducta expresiva del otro, produciendo un simultáneo calce con la experiencia emocional” (Decety & Jackson, 2006,

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

p. 55). Y, en efecto, estudios han documentado que la observación de expresiones emocionales faciales tiende a generar respuestas electromiográficas rápidas y espontáneas en la musculatura del rostro correspondiente a los músculos implicados en las expresiones observadas. Hoy sabemos que en el ser humano la capacidad para la imitación de gestos expresivos está presente desde pocas horas después del nacimiento. Por otro lado, existe una asociación entre los trastornos de la sensación somática del propio cuerpo y perturbaciones en la capacidad de juzgar las emociones de los demás (Adolphs, 2003). De modo interesante, los investigadores han puesto al descubierto que la presencia de un calce cercano con el estado somático del otro, incluyendo ritmo cardíaco, tono muscular y otras variables, promueve la exactitud de la percepción empática de los afectos del otro.

Una de las explicaciones neurobiológicas más coherentes para este fenómeno ha sido formulada a partir del descubrimiento de las llamadas neuronas espejo, un subconjunto de las denominadas neuronas multimodales que tienen la capacidad de ser activadas de modo directo por medio de diferentes modalidades sensoriales. Estas neuronas son un tipo especial de neuronas visuomotoras descubiertas en investigaciones con ciertos monos que descargan tanto cuando el mono lleva a cabo una determinada acción como cuando observa a otro mono o a un ser humano realizando una acción similar (Iacoboni, 2007; Gallese, 2003; Gallese, Eagle & Migone, 2006; Lieberman, 2007; Pally, 2005; Rizzolatti & Craighero, 2004; Urgesi *et al.*, 2006; Wolf *et al.*, 2001). Dicho de otro modo, la observación de movimientos organizados y significativos activa no sólo áreas cerebrales visuales sino también estructuras neuronales típicamente involucradas en la planificación y ejecución motora de esas mismas acciones. De modo interesante, estas neuronas también se activan cuando al mono no se le permite observar la conclusión de la acción, pero existen suficientes elementos contextuales como para que éste pueda anticiparla. Más allá, siguiendo a Iacoboni (2007), al parecer las neuronas espejo son capaces de diferenciar acciones idénticas motivadas por diferentes intenciones. De esta manera, permiten al mono predecir la siguiente acción de quien observa. Desde esta perspectiva, se trata de neuronas que fundamentan un mecanismo neurobiológico de comprensión implícita de las acciones de los demás y de las intenciones que les subyacen (Gallese, 2003; Gallese, Eagle & Migone, 2006). Por lo tanto, la predicción de la acción y la atribución de intenciones son procesos íntimamente ligados.

De modo característico, la activación de estas neuronas por parte de estímulos visuales requiere la observación de una interacción entre un objeto y un efector biológico (mano, boca, etc.). La percepción de un objeto en sí mismo, de un individuo imitando una acción con un objeto imaginario o de un individuo que realiza gestos no dirigidos a un objeto no gatillan la descarga del sistema de neuronas espejo. Sin embargo, tanto la significación del objeto involucrado como la circunstancia de si acaso la acción es reforzada o no, parecen carecer de relevancia en su activación. Por otro lado, las neuronas espejo presentan un amplio grado de generalización en el sentido de que estímulos visuales muy diferentes, siempre y cuando representen la misma acción, son igualmente efectivos en suscitar su actividad. “Un aspecto funcional importante de las neuronas espejo es la relación entre sus propiedades visuales y motoras. Virtualmente todas las neuronas espejo exhiben una congruencia entre las acciones visuales a las que responden y las respuestas motoras que codifican” (Rizzolatti & Craighero, 2004, p. 170). Así, convierten información visual en una forma de conocimiento ligado con representaciones motoras.

Ahora bien, hasta hace pocos años se disponía de poca evidencia directa sobre la existencia de este sistema neuronal en el ser humano, aunque disponemos de un conjunto de hallazgos que de modo indirecto hacen altamente probable esta hipótesis. Por ejemplo, cuando un sujeto observa una acción llevada a cabo por otro sujeto, la corteza motora se activa en ausencia de cualquier actividad motora explícita. Con anterioridad describimos este fenómeno en relación con las expresiones emocionales. Las investigaciones más recientes muestran que la observación de las acciones intencionales de otros individuos activa una red neuronal compleja que incluye la corteza prefrontal lateral y la corteza parietal lateral (Lieberman, 2007), las áreas visuales occipital, temporal y parietal y dos áreas corticales cuyas funciones son predominantemente motoras (Rizzolatti & Craighero, 2004). Estas dos regiones son la parte rostral del lóbulo parietal inferior y la parte baja del giro precentral sumada a la parte posterior del giro frontal inferior. “Estas regiones forman el núcleo del sistema humano de neuronas espejo” (p. 176). De acuerdo a Gallese (2003), el hecho de que las neuronas espejo estén expandidas más allá de la corteza premotora hacia el lóbulo parietal posterior muestra que el proceso neuronal de integración sensoriomotriz que llevan a cabo forma una “copia interna” de las acciones no sólo con la finalidad de generar y controlar conductas dirigidas a metas, sino también para proporcionar en un nivel pre-reflexivo y pre-lingüístico un entendimiento lleno

de significado de las acciones llevadas a cabo por otros individuos.

Gallese, Eagle y Migone (2006) indican que algunas investigaciones han mostrado que la observación de acciones bucales comunicativas facilita la excitabilidad del sistema motor implicado en la producción de las mismas acciones lingüísticas y que activa la parte opercular de la circunvolución frontal inferior izquierda, una región ubicada en el área de Broca. Así, en el hemisferio izquierdo del ser humano las neuronas espejo parecen estar localizadas en la parte posterior de la principal área del lenguaje (Iacoboni, 2007; Wolf *et al.*, 2001). Este hallazgo apunta en la dirección de una especificidad del área de Broca para el reconocimiento y entendimiento de gestos orofaciales (Wolf *et al.*, 2001) y sugiere una participación relevante del hemisferio izquierdo en la lectura emocional de acciones observadas. Así, el área de Broca parece no sólo estar implicada en el control del habla sino además en un análisis pre-lingüístico de las conductas ajenas (Gallese, 2003). Por otro lado, este hallazgo ha llevado a la formulación de una hipótesis respecto de la evolución del lenguaje, de acuerdo a la cual la comunicación simbólica parece haber evolucionado a partir de la comunicación gestual y la comprensión no simbólica de las acciones no-verbales de otros individuos. Otro hallazgo indica que la contraparte al área de Broca en el hemisferio derecho parece ser la región responsable de codificar la intención específica vinculada con la acción observada más que la acción misma.

Por supuesto, en el ser humano una dimensión importante que ha llamado la atención de diversos investigadores es la comunicación no-verbal afectiva y la relación que los procesos intersubjetivos que la constituyen pueden tener con el sistema de las neuronas espejo. Este interés se basa en el supuesto de que las mismas estructuras neuronales involucradas en el procesamiento y control de acciones ejecutadas no sólo se activan cuando se detectan tales acciones realizadas por parte de otros, sino que algo similar ocurre con la observación de sensaciones y emociones a través de una “simulación encarnada” implícita, automática e inconsciente que produce un estado somático compartido (Gallese, 2003; Gallese, Eagle & Migone, 2006). Gallese piensa que esto podría significar que existe un rango amplio de diferentes mecanismos de calce reflejo, apuntando en la dirección de que las neuronas espejo podrían corresponder a una característica organizativa básica del cerebro humano que hace posible el gran espectro de experiencias intersubjetivas propio de la especie humana. Rizzolatti y Craighero (2004) consideran, en efecto, que las neuronas espejo representan

la base neurobiológica que establece un lazo directo entre quien envía un mensaje comunicativo y quien lo recibe. Gracias a este mecanismo las acciones realizadas por otro individuo se convierten en mensajes cuyos significados son decodificados y comprendidos sin ninguna mediación cognitiva explícita –es decir, el sistema de neuronas espejo transforma los fenómenos no-verbales de la comunicación emocional en señales corporales que son codificadas y decodificadas en términos implícitos.

Así, la activación de un mecanismo neuronal compartido entre el agente y el observador es lo que posibilita una comprensión experiencial implícita de la vivencia del otro. Tal como señalan Gallese, Eagle y Migone (2006), la simulación encarnada constituye una base fundamental para un entendimiento directo, no consciente y no inferencial de las acciones, intenciones, emociones y sensaciones de los demás, que corresponde a un conocimiento específicamente corporal. En otras palabras, la “actividad de las neuronas espejo con un alto grado de probabilidad es reflejo de una forma dependiente de la experiencia, pre-reflexiva y automática de comprensión de otras mentes” (Iacoboni, 2007, p. 241) y, en particular, de las intenciones que subyacen a sus conductas manifiestas. Gallese y sus colaboradores hablan, en este sentido, de un estado de “entonamiento intencional” en el observador que la simulación encarnada hace posible. Es decir, el sistema de neuronas espejo está relacionado con los estadios implícitos iniciales del desarrollo de la mentalización, facilitando la atribución de intenciones al posibilitar el reconocimiento y la respuesta casi instantánea respecto de gestos, posturas y expresiones faciales (Falck-Ytter, Gredebäck & Von Hofsten, 2006; Gallese, Eagle & Migone, 2003; Swain *et al.*, 2007; Wolf *et al.*, 2001). Un aspecto interesante de esta concepción es que el reconocimiento y la comprensión de los estados emocionales de los demás requiere de la integridad del sistema neuronal sensoriomotriz, ya que tal integridad permite la actuación de la simulación encarnada del estado afectivo del otro en el propio organismo.

Se han formulado al menos dos hipótesis respecto del rol funcional de este sistema neuronal que posibilita la anticipación y predicción de las acciones corporales de otros sujetos. Primero, se ha propuesto que su actividad media la imitación y, segundo, se ha considerado que conforman el fundamento de la comprensión de la acción. Es probable que ambas hipótesis expliquen aspectos complementarios de la función del sistema de las neuronas espejo. La imitación está asociada al desarrollo de habilidades sociales básicas como la lectura de expresiones faciales y otros gestos expresivos y la

comprensión de las metas e intenciones de las demás personas. La segunda hipótesis es especialmente significativa ya que hace referencia al rol fundamental del sistema de neuronas espejo en las interacciones interpersonales en general.

Esas interacciones requieren de la codificación de las acciones de otras personas y el entendimiento de las intenciones que yacen detrás de aquellas acciones. Esas interacciones además requieren las acciones apropiadas en respuesta a las acciones de otros dado que típicamente se producen en interacciones sociales de ocurrencia natural. (Iacoboni, 2007, p. 237)

Estos procesos, por supuesto, están ligados de modo íntimo con los procesos no conscientes de procesamiento de las expresiones no-verbales emocionales de los demás y los consiguientes calces implícitos entre movidas relacionales somáticas (BCPSG, 2007; Lyons-Ruth, 1999, 2000; Sassenfeld, 2007). Desde este punto de vista las neuronas espejo parecen ser una de las piedras angulares que posibilitan el comportamiento social.

El hecho de que las áreas de neuronas espejo tengan conexiones importantes con el sistema límbico a través del lóbulo insular, en especial su sector sensoriomotriz, apoya las consideraciones que anteceden (Iacoboni, 2007; Pally, 2005; Wolf *et al.*, 2001). Las conexiones con el sistema límbico pueden ser responsables de la evaluación específicamente emocional de las conductas no-verbales de los demás –de acuerdo a Wolf y sus colaboradores (2001), esta circunstancia permite al ser humano aprehender las sutilezas afectivas de la comunicación. De hecho, se ha propuesto la existencia de una red neuronal amplia que engloba las neuronas espejo, el lóbulo insular y el sistema límbico y que “proporciona un mecanismo de simulación de las emociones de otras personas (una suerte de imitación interna) que se encuentra en la base de la capacidad de empatizar con otros” (Iacoboni, 2007, p. 239). El quipo de Iacoboni efectivamente encontró que la observación de expresiones emocionales faciales activa el sistema de neuronas espejo, la ínsula anterior y la amígdala, aumentando aún más la actividad de todas estas áreas al imitarse las mismas expresiones. Más allá, Iacoboni hace referencia a estudios relacionados que han puesto de manifiesto que la observación de acciones induce una empatía más bien emocional, mientras que escuchar los sonidos de una acción promueve una actitud más cognitiva y menos resonante en términos emocionales. Desde este punto de vista, el descubrimiento del

sistema de neuronas espejo sugiere que “la empatía podría emerger a partir de la resonancia afectiva como proceso procedural implícito, desarrollándose la empatía de manera automática como medio afectivo para comprender a los demás” (Wolf *et al.*, 2001, p. 104) en base al reconocimiento de las emociones y sus expresiones concomitantes que estas neuronas hacen posible. En otras palabras, debido a sus lazos fundamentales con los gestos manuales y orofaciales como forma de comunicación, las neuronas espejo son un componente intrínseco a la emergencia de la resonancia afectiva en la diada temprana.

Dados todos los aspectos revisados, no resulta sorprendente que recientemente se haya comenzado a explorar el papel de las neuronas espejo en el contexto psicoterapéutico. En términos generales, Wolf *et al.* (2001) piensan que el sistema de neuronas espejo está programado con la capacidad de “leer” las expresiones emocionales de los demás, posibilitando al psicoterapeuta tanto empatizar en alguna medida con experiencias vitales y afectivas ajenas a las propias como aprehender estados emocionales en presencia de dificultades e inhibiciones en torno al despliegue de las expresiones corporales implícitas correspondientes. Desde este punto de vista, la

empatía sería un proceso fluido en curso, permitiendo al individuo que no está defendido en contra de éste, aprender y experimentar un espectro continuo de matices emocionales como también apreciar cómo las sutilezas de estos matices emocionales se pueden presentar en el otro y cómo podrían sentirse dentro del self (p. 109).

Así, la existencia del sistema de neuronas espejo permite suponer que en los procesos de comunicación inconsciente en la relación psicoterapéutica las señales expresivas implícitas del paciente pueden activar en el terapeuta un patrón neuronal resonante similar al del paciente que es entonces compartido entre ambos y que fundamenta la comprensión empática y el entonamiento afectivo (Gallese, Eagle & Migone, 2006; Siegel, 2006). Desde este punto de vista, debido a la acción del mecanismo de simulación encarnada es esperable que el psicoterapeuta experimente estados emocionales similares a los del paciente con independencia de las proyecciones y la identificación proyectiva que este último puede utilizar en términos defensivos. Para Gallese y sus colegas, el proceso intersubjetivo de la simulación encarnada puede visualizarse como base para el uso clínico de las reacciones contratransferenciales del psicoterapeuta al permitir una comprensión implícita

directa y no inferencial de los afectos del paciente. Más allá, enfatizan que el sistema de neuronas espejo implica que en todo intercambio interpersonal se produce una especie de inducción automática e inconsciente de lo que el otro siente en cada uno de los participantes. En este sentido, la simulación encarnada que el paciente experimenta en relación con el estado emocional del terapeuta es un área que merece mayor atención ya que tiene implicancias relevantes desde una perspectiva relacional.

Un aspecto que diversos investigadores han subrayado es que la simulación encarnada que es producto de la actividad del sistema de neuronas espejo ni da lugar ni es deseable que dé lugar a una réplica imitativa exacta del estado emocional e intencional de quien se observa (Decety & Jackson, 2006; Gallese, Eagle & Migone, 2006; Iacoboni, 2007; Lieberman, 2007). Es necesario que se mantenga una diferenciación clara entre el sujeto observador y el sujeto observado, sobre todo clínicamente de manera que la simulación encarnada se pueda traducir en un proceso útil –es decir, la simulación encarnada en sí misma no necesariamente tiene efectos terapéuticos y a menudo requiere de una elaboración explícita. En parte, esta circunstancia se debe a que están involucrados dos cerebros distintos, lo que implica que la simulación está en alguna medida determinada también por las experiencias pasadas y procesos defensivos de quien observa. Iacoboni (2007) considera que esta diferenciación puede producirse mediante un aumento de la información somatosensorial interoceptiva que proviene del propio cuerpo de quien observa. De este modo, self y otro “pueden seguir siendo distinguidos incluso mientras están espejeándose. Self y otro comparten significados en términos visuales pero permanecen separados en cuanto a sensaciones corporales. El otro está ‘ausente’ para el self desde el punto de vista corporal” (p. 241). Áreas neuronales que podrían estar implicadas en mantener esta diferenciación son el empalme temporoparietal derecho y el cíngulo posterior (Decety & Jackson, 2006).

En total, el sistema de neuronas espejo parece conformar el sustrato neuronal de un conjunto relevante de habilidades comunicativas no lingüísticas, incluyendo la imitación, la empatía, la intuición y la comprensión de las intenciones de los demás, sustrato que es activo antes de la adquisición del lenguaje verbal (Pally, 2005). Lieberman (2007), con todo, nos recuerda que a pesar de que se ha propuesto que las neuronas espejo representan la base para la comprensión de las intenciones y experiencias de los demás, esta hipótesis aún no ha sido empíricamente demostrada ya que aún faltan in-

vestigaciones que relacionen con claridad la actividad del sistema de neuronas espejo con el entendimiento de la experiencia de otros individuos. En particular, los estudios sobre este sistema neuronal en el ser humano se han dedicado en gran parte a explorar intenciones explícitas de observar e imitar conductas presentadas de modo focal. La conexión entre el trabajo sobre las neuronas espejo y la comunicación no-verbal podría fortalecerse si se encontrara que el sistema de neuronas espejo se activa “frente a conductas que están arraigadas en una escena más amplia que se despliega a lo largo del tiempo, mientras que los participantes no están prestando atención a la conducta de modo focal [...]” (p. 271).

Al margen de estas importantes observaciones de Lieberman, desde el punto de vista clínico todos los hallazgos relativos a la neurobiología de la dimensión no-verbal relacional y el sistema de las neuronas espejo apuntan en dirección de la fundamental relevancia de que los psicoterapeutas aprendan a prestar atención de modo sistemático a sus propios estados somáticos (Knoblauch, 2005; Sassenfeld, 2007; Schore, 2005; Siegel, 2006) –recordemos que estamos tratando con una modalidad de conocimiento que es, en esencia, conocimiento corporal encarnado. Para ello, es de importancia saber que el cerebro derecho influencia el cerebro izquierdo y, con ello, el lenguaje verbal principalmente a través de conexiones en el cuerpo calloso (Pally, 2001). Así, en el caso óptimo el hemisferio izquierdo actúa como intérprete del funcionamiento no-verbal emocional del hemisferio derecho, un proceso que resulta fundamental en el encuentro psicoterapéutico. Tal como puntualiza Siegel (2006), las percepciones de las expresiones afectivas implícitas pueden alterar los estados somáticos y límbicos de los terapeutas que, a continuación, pueden ser examinados por medio de procesos prefrontales de interocepción, interpretación y atribución de significados e intenciones a los estados emocionales del paciente.

REFERENCIAS

1. Adolphs R. Cognitive neuroscience of human social behaviour. *Nature Reviews Neuroscience* 2003; 4: 165-176
2. BCPSG (Boston Change Process Study Group). The foundational level of psychodynamic meaning: Implicit process in relation to conflict, defense, and the dynamic unconscious. *International Journal of Psychoanalysis* 2007; 88: 1-16
3. Beebe B, Lachmann F. *Säuglingsforschung und die Psychotherapie Erwachsener*, Klett-Cotta, Stuttgart, 2002
4. Decety J, Jackson P. A social-neuroscience perspective on empathy. *Current Directions in Psychological Science* 2006; 15 (2): 54-58

5. Falck-Ytter T, Gredebäck G, Von Hofsten C. Infants predict other people's action goals. *Nature Neuroscience* 2006; 9 (7): 878-879
6. Gallese V. The roots of empathy: The shared manifold hypothesis and the neural basis of intersubjectivity. *Psychopathology* 2003; 36: 171-180
7. Gallese V, Eagle M, Migone P. Intentional attunement: Mirror neurons and the neural underpinnings of interpersonal relations. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 2006; 55 (1): 131-176
8. Iacoboni M. Face to face: The neural basis of social mirroring and empathy. *Psychiatric Annals* 2007; 37 (4): 236-241
9. Knoblauch S. Body rhythms and the unconscious: Toward an expanding of clinical attention. *Psychoanalytic Dialogues* 2005; 15 (6): 807-827
10. Lieberman M. Social cognitive neuroscience: A review of core processes. *Annual Review of Psychology* 2007; 58: 259-289
11. 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
12. 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
13. Pally R. A primary role for nonverbal communication in psychoanalysis. *Psychoanalytic Inquiry* 2001; 21 (1): 71-93
14. Pally R. A neuroscience perspective on *Forms of Intersubjectivity in Infant Research and Adult Treatment*. En Beebe B, Knoblauch S, Rustin J. & Sorter D. *Forms of Intersubjectivity in Infant Research and Adult Treatment*. Other Press, New York, 2005, pp. 191-241
15. Rizzolatti G, Craighero L. The mirror-neuron system. *Annual Review of Neuroscience* 2004; 27: 169-192
16. 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
17. Schore A. A neuropsychanalytic viewpoint: Commentary on paper by Steven H. Knoblauch. *Psychoanalytic Dialogues* 2005; 15 (6): 829-854
18. Siegel D. An interpersonal neurobiology approach to psychotherapy. *Psychiatric Annals* 2006; 36 (4): 248-256
19. Swain J, Lorberbaum J, Kose S, Strathearn L. Brain basis of early parent-infant interactions: Psychology, physiology, and *in vivo* functional neuroimaging studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2007; 48 (3/4): 262-287
20. Urgesi C, Moro V, Candidi M, Aglioti S. Mapping implied body actions in the human motor system. *The Journal of Neuroscience* 2006; 26 (30): 7942-7949
21. Wolf N, Gales M, Shane E, Shane M. The developmental trajectory from amodal perception to empathy and communication: The role of mirror neurons in this process. *Psychoanalytic Inquiry* 2001; 21: 94-112

REVISIÓN

BASES GENÉTICAS DE LA DEPRESIÓN

(Rev GPU 2008; 4; 2: 199-205)

Hernán Silva¹

En este trabajo se revisan los estudios sobre genética de la depresión. Las investigaciones efectuadas en gemelos y adoptados sugieren que este trastorno posee una importante base genética. No obstante, se trata de una entidad que no sigue un modelo de herencia Mendeliano sino que estaría determinada por múltiples genes de efecto variable que interactúan con el ambiente. Los estudios de ligamiento han detectado varias regiones cromosómicas que pueden tener genes asociados con la depresión. Por su parte, los estudios de asociación se han centrado sobre todo en el gene de la región promotora del transportador de serotonina. La presencia del alelo corto (S) de ese gene representaría un factor de vulnerabilidad que, asociado al estrés ambiental, determinaría la aparición de cuadros depresivos. Se espera que el empleo de nuevas tecnologías de investigación genética ayude a esclarecer el papel de otros genes en la fisiopatología de los trastornos del ánimo.

Los trastornos del ánimo se presentan con una elevada frecuencia en la población general. Dentro de esta categoría diagnóstica se incluye una amplia variedad de condiciones, que van desde alteraciones leves o moderadas del ánimo hasta episodios severos de psicosis. Además es común su asociación con otros trastornos, como los de ansiedad, y con el abuso de sustancias. Se sabe que los factores genéticos juegan un importante papel en influenciar la susceptibilidad a estos cuadros.

Históricamente los trastornos del ánimo han sido clasificados de diversas formas. Se han distinguido cuadros endógenos y reactivos, psicóticos y neuróticos, primarios y secundarios (dependiendo de si aparecen solos, o en el contexto de otras enfermedades) y más

recientemente se han dividido en unipolares o bipolares (según si se presenten o no episodios maníacos o hipomaníacos). Esta última distinción (unipolar-bipolar) ha sido adoptada por los sistemas de clasificación actuales. La separación se basa en evidencias surgidas de la evolución, del tratamiento y de estudios genéticos (1). No obstante la distinción no es nítida y depende, entre otros factores, del curso a lo largo del tiempo y de los criterios para definir la hipomanía.

La depresión unipolar es mucho más común que la unipolar y es más frecuente en las mujeres. La etiopatogenia de los trastornos del ánimo es poco comprendida. Los tratamientos no son efectivos en todos los pacientes y tienen efectos secundarios que limitan su empleo. Dichos factores constituyen una motivación

¹ Clínica Psiquiátrica Universitaria. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

para efectuar estudios genéticos en la búsqueda de una mejor comprensión etiológica y de tratamientos más efectivos.

EPIDEMIOLOGÍA GENÉTICA

La depresión es una de las enfermedades más comunes en el mundo. Su prevalencia a lo largo de la vida supera el 10%. Las mujeres tienen el doble de riesgo que los hombres de sufrir este trastorno. Los familiares de primer grado de los pacientes depresivos tienen un riesgo relativo de sufrir la enfermedad que es dos a tres veces mayor que el de la población general. Dicho riesgo aumenta cuando la depresión es de inicio temprano y tiene una elevada recurrencia (2).

Los estudios efectuados en gemelos revelan una mayor concordancia (probabilidad de que ambos sufran la enfermedad) para los monocigotos que para los dicigotos. La heredabilidad de la depresión se estima entre un 33% y un 45% (3). Un meta-análisis de los estudios de gemelos estimó la heredabilidad en un 37% (4). Los estudios de adopción encuentran que los hijos de padres biológicos depresivos tienen mayor riesgo de enfermar de depresión que la población general, aunque se hayan criado en un ambiente distinto al de su origen (5).

La evidencia señalada anteriormente apunta a que la depresión es una entidad que posee una importante base genética. No obstante, parece tratarse de una enfermedad compleja, como otros trastornos psiquiátricos (6). Es decir, no sigue un modelo de herencia Mendeliano, donde una mutación única es necesaria y suficiente para explicar el trastorno.

La complejidad puede deberse a los siguientes factores:

- Heterogeneidad genética: es decir, a la existencia de muchos genes que confieren riesgo;
- Efecto pequeño de cada factor genético: el factor sólo aumenta el riesgo en una fracción pequeña;
- Poca certeza diagnóstica: sobre todo es un problema la superposición con el trastorno bipolar II;
- Interacción con el ambiente.

Los datos disponibles son consistentes con un modelo de herencia que incluye múltiples genes, los que interactúan entre sí y con factores ambientales, para conferir susceptibilidad a la depresión (1).

ESTUDIOS DE LIGAMIENTO (LINKAGE)

Los estudios de ligamiento se efectúan en familias con miembros afectados por la enfermedad. No requieren de hipótesis causales y determinan los sitios en los cromosomas, en los que probablemente se ubican genes relacionados con el trastorno que se estudia. Se han publicado varios estudios de ligamiento para depresión y rasgos asociados con ella, los que difieren en la metodología empleada y en el tamaño de las muestras analizadas (7-14). Algunos de ellos además incluyen pacientes unipolares y bipolares, trastornos del espectro depresivo, neuroticismo y trastornos de ansiedad (2).

Las regiones cromosómicas involucradas en más de un estudio de ligamiento y los fenotipos estudiados se muestran en la Tabla 1 (ver Tabla 1). Como se puede

Tabla 1

HALLAZGOS DE LIGAMIENTO EN DEPRESIÓN CON EVIDENCIA EN MÁS DE UN ESTUDIO (ADAPTADO DE LEVINSON, 2006).

Cromosoma	Región (Cm)	Mejor evidencia de ligamiento
1	126-13	Neuroticismo
3	105	Depresión mayor recurrente de inicio precoz / Ansiedad / Neuroticismo
4	151-176	Neuroticismo / Depresión mayor recurrente de inicio precoz / Ansiedad (mujeres)
6	31-46	Neuroticismo / Depresión mayor recurrente de inicio precoz
8	8-26	Evitación del daño / Neuroticismo (hombres) / Depresión mayor recurrente de inicio precoz
11	85-99	Neuroticismo / Depresión mayor recurrente de inicio precoz
12	100-105	Depresión mayor / Depresión bipolar (hombres) / Neuroticismo (mujeres)
15	105-115	Depresión mayor recurrente de inicio precoz (hombres)
18	75-88	Depresión mayor recurrente de inicio precoz / Trastorno del ánimo.

observar, los fenotipos con los que se encuentra ligamiento difieren y en algunos se encuentran diferencias por género. Si bien estos resultados deben considerarse sólo preliminares, esta estrategia puede ser exitosa en identificar regiones cromosómicas que contienen genes involucrados en la susceptibilidad a la depresión. Aún no es posible predecir cuáles regiones demostrarán ser verdaderos positivos en el largo plazo. Asimismo dos regiones, una en el cromosoma 12q y otra en el 18q, también han demostrado ligamiento con el trastorno bipolar (15,16). Los hallazgos en bipolares comprenden regiones bastante amplias y no se sabe si hay genes de susceptibilidad comunes, tanto para el trastorno bipolar como para la depresión unipolar, en esas u otras regiones. Donde sí hay bastante convergencia es en el ligamiento para depresión y para rasgos de personalidad asociados.

Para avanzar en los estudios de ligamiento se requieren muestras muy numerosas, ya que probablemente se trata de genes de efecto pequeño, lo que puede ser enfrentado mediante el análisis combinado de múltiples bases de datos.

ESTUDIOS DE ASOCIACIÓN

Los estudios de asociación se efectúan en sujetos portadores del fenotipo que se investiga y en controles no relacionados con ellos. Parten de hipótesis causales y postulan la relación de una variante genética (genes candidatos) con el trastorno.

Los genes candidatos para depresión se basan en las hipótesis monoaminérgicas y especialmente en los sistemas serotoninérgico y dopaminérgico. La mayoría de los estudios se han concentrado en: 1) el transportador de serotonina; 2) el receptor de serotonina 5HT_{2A}; 3) la tirosina hidroxilasa (enzima limitante de la síntesis de dopamina) y 4) la catecol-o-metil-transferasa o COMT (enzima que cataboliza la dopamina).

Se han efectuado meta-análisis de los estudios para estos polimorfismos y su asociación con depresión mayor, trastorno bipolar, conducta suicida y neuroticismo (17-26). Sólo tres hallazgos significativos surgen de estas investigaciones y los tres se relacionan con el gene del transportador de serotonina:

- 1) una asociación modesta con trastorno bipolar;
- 2) una asociación modesta con conducta suicida, especialmente si es violenta y sobre todo en alcohólicos;
- 3) una asociación con rasgos de personalidad asociados con depresión, particularmente con neuroticismo.

Se ha encontrado una asociación entre polimorfismos de la triptofano hidroxilasa 2 o TPH2 (la forma predominante en el cerebro) y depresión mayor (27, 28). También se ha encontrado asociación con suicidio (29). No obstante, estos hallazgos no han sido replicados. Recientemente se ha descrito la asociación de otro polimorfismo de TPH2 con depresión mayor, pero un estudio posterior obtuvo resultados negativos.

Se han estudiado polimorfismos de muchos otros genes, pero sus resultados no han sido sometidos a meta-análisis recientes.

Otra hipótesis etiológica más reciente sobre la depresión plantea que este trastorno se asocia a daño o muerte de células del hipocampo, probablemente por niveles elevados de cortisol o de citocinas. Se postula que algunos factores genéticos podrían alterar el balance entre neurotoxicidad y la respuesta neuroprotectora al estrés. Los antidepresivos aumentan la producción de factores neuroprotectores, de los cuales BDNF (*brain derived neurotrophic factor*) es uno de los más estudiados. Se ha descrito reducción de niveles de BDNF en el suero de pacientes depresivos. Hay algunos estudios de asociación entre polimorfismos del gene de BDNF con trastorno bipolar y depresión mayor, pero aún son escasos (2). Es previsible que en el futuro aumenten las investigaciones sobre polimorfismos de genes de factores neurotróficos en depresión.

En síntesis, los estudios de asociación sólo encuentran resultados modestos y la mayor evidencia se relaciona con el gene del transportador de serotonina. Sin embargo, el análisis de la interacción entre genes y estrés ha entregado resultados más consistentes.

GENE DEL TRANSPORTADOR DE SEROTONINA, ESTRÉS Y DEPRESIÓN

La proteína transportadora de serotonina se localiza en la membrana presináptica y es la encargada de recaptar el neurotransmisor desde el espacio sináptico para su posterior reutilización. Es el sitio de acción de los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) y de otros fármacos que aumentan la función serotoninérgica. El gene de la proteína transportadora de serotonina (SLC6A4) está localizado en el cromosoma 17 en el sitio 17q 11.2 y es uno de los más investigados (30). Tiene dos alelos en la región promotora, uno corto de 484 pares de bases (S) y uno largo de 528 pares de bases (L). El alelo largo tiene una actividad transcripcional dos a tres veces mayor que el alelo corto. En los portadores del alelo corto la actividad transcripcional disminuida se relaciona con una función serotoninérgica menor.

Tabla 2
ESTUDIOS SOBRE LA RELACIÓN ENTRE GENOTIPO DEL TRANSPORTADOR DE SEROTONINA,
ESTRÉS Y DEPRESIÓN (MODIFICADO DE ZAMMIT Y OWEN, 2006)

Estudio N°	Medición de depresión	Medición de estrés	Evidencia de interacción gene/estrés
847	Depresión mayor, síntomas depresivos, suicidalidad	SLE, maltrato infantil	Sí,
377	Alto puntaje en MFQ	Ambiente familiar	Sí, sólo en mujeres
101	Puntaje MFQ		Sí
549	Depresión mayor		Sí
180	Síntomas depresivos		Sí
1005	Salto puntaje en BL-38		Sí, sólo en mujeres
1091	Depresión mayor, síntomas depresivos suicidalidad		No
4174	Depresión mayor		No, excepto en un subgrupo (pero opuesta a Caspi <i>et al.</i>)
127	Depresión mayor		Sí, para SLE 5 años previos

BL-38 = escala de quejas de Von Zerssen modificada; MFQ = Mood and Feeling Questionnaire; SLE = stressful life events.

En el año 2003 Caspi *et al.* publicaron un estudio efectuado en 847 sujetos, los que fueron seguidos entre los 3 y los 26 años de edad (31). Encontraron que el número de sucesos vitales estresantes, sufrido entre los 21 y los 25 años, predijo la aparición de depresión posterior en los portadores del alelo corto (S). También el índice de maltrato infantil entre los 3 y los 5 años se asoció significativamente con depresión posterior en los portadores del alelo S. En cambio la presencia del genotipo por sí solo (sin la intervención del factor ambiental) no se asoció a depresión. Por lo tanto, el polimorfismo del transportador de serotonina influyó en la reactividad al estrés, más que en causar directamente la depresión.

Con posterioridad al estudio de Caspi, otra serie de trabajos ha mostrado el efecto deletéreo del estrés en sujetos portadores del alelo corto de la región promotora del transportador de serotonina (ver Tabla 2).

Como se puede apreciar en la Tabla 2, aunque los estudios examinan diferentes medidas de depresión y de estrés ambiental –y emplean diferentes diseños–, muchos encuentran evidencias de una interacción genético-ambiental (32-39).

Los resultados de los estudios efectuados en seres humanos son apoyados por los hallazgos en investigaciones efectuadas en animales. En *macacus rhesus* se han descrito interacciones entre experiencias adversas sufridas durante la crianza, índices de depresión y polimorfismos de la región promotora del

transportador de serotonina, el que es análogo al del ser humano (40).

Los hallazgos tanto en animales como en seres humanos sugieren que los efectos del estrés pueden ser mediados por el genotipo del transportador de serotonina (41).

ENDOFENOTIPOS Y GENE DEL TRANSPORTADOR DE SEROTONINA

Los endofenotipos poseen características más específicas que los fenotipos clínicos (enfermedades o trastornos) ya que incluyen medidas neuroquímicas, neurofisiológicas, de neuroimágenes o temperamentales, con el fin de seleccionar subgrupos de sujetos más homogéneos para los estudios genéticos. En el caso de la depresión mayor han resultado promisorios los estudios con neuroimágenes y con rasgos de temperamento y personalidad.

Hariri (2002, 2005) encontró una asociación entre alelo corto del promotor del transportador de serotonina e hiper-reatividad de la amígdala a la exposición de imágenes de temor o rabia en sujetos sin patología psiquiátrica (42, 43).

El neuroticismo es un término introducido por Eysenck para designar un factor de personalidad caracterizado por disforia, ansiedad, tensión y reactividad emocional (44). Es bastante estable durante la vida adulta y posee una heredabilidad de 40% a 50% (2).

Los índices elevados de neuroticismo pre-mórbido son un fuerte predictor de depresión mayor en el futuro. Se estima que el 55% del riesgo genético de la depresión mayor es compartido con el neuroticismo. Posiblemente deben haber factores genéticos comunes que pueden predisponer a depresión mayor, neuroticismo y trastorno de ansiedad generalizada. Por esta razón algunos estudios genéticos incluyen medidas de depresión, ansiedad y neuroticismo. Hay estudios que encuentran asociación entre neuroticismo y alelo corto (S) del promotor del transportador de serotonina (2).

La estrategia de emplear endofenotipos también ha sido fructífera en el estudio genético de otras patologías psiquiátricas y probablemente tenga mayor desarrollo futuro en el área de la genética de la depresión.

GENÉTICA DE LA DEPRESIÓN Y LIMITACIONES DE LAS CLASIFICACIONES ACTUALES

Una de las limitaciones importantes que presenta el estudio de las bases genéticas de la depresión es la heterogeneidad del constructo depresión mayor. Esta entidad, definida según el DSM-IV, posee límites difusos, parece ser más dimensional que categorial (va desde síntomas depresivos aislados hasta depresiones psicóticas), tiene elevada comorbilidad con los trastornos de ansiedad y probablemente incluye un grupo heterogéneo de trastornos (45). Por este motivo se ha propuesto el empleo en investigación de subgrupos más homogéneos, como por ejemplo depresión melancólica o depresión con prueba de dexametasona anormal (no supresores) o con patrones de sueño alterados de modo específico, los que representan nuevos endofenotipos (2).

Es precisamente de estas limitaciones de donde surge la propuesta de modificar substancialmente las actuales clasificaciones, ya que no sólo no han favorecido sino que, incluso, han dificultado, la investigación de las bases biológicas de los trastornos mentales (2).

DIRECCIONES FUTURAS Y PERSPECTIVAS

Si bien los estudios de ligamiento de sitios específicos sólo han tenido resultados parciales, hoy se dispone de la tecnología para efectuar estudios de ligamiento del genoma completo, por lo que es previsible que la información surgida de tales investigaciones aumente considerablemente (2).

Asimismo, ahora también es posible efectuar estudios de asociación del genoma completo y es probable que nuevos genes candidatos (por ejemplo, relacionados con los mecanismos neurotróficos o con el control

de los ritmos biológicos) se agreguen a la lista de los investigados hasta ahora, en la medida en que se conozcan mejor los mecanismos etiopatogénicos de la depresión. Específicamente se espera un incremento en el estudio de polimorfismos de nucleótido único (SNPs) que influyeran la enfermedad o que se asocien indirectamente con ella. Los progresos en la tecnología de secuenciación son enormes y van a la par con el desarrollo de nuevos métodos estadísticos.

Es probable que se incremente el empleo de endofenotipos asociados a la susceptibilidad a la depresión, como son la hipersecreción de cortisol, la disregulación del sueño, los cambios estructurales del hipocampo y de la corteza frontal, los patrones electroencefalográficos y electrofisiológicos específicos, y otros derivados de nuevas hipótesis neurobiológicas. Tales estudios debieran incluir a los familiares no afectados de los pacientes depresivos. El empleo de modelos para el estudio de la interacción gene-ambiente probablemente se incrementará en el futuro, según se puede prever por los resultados obtenidos hasta ahora.

Pero más allá de los progresos tecnológicos, que se producen a un ritmo vertiginoso, no hay que perder de vista que los mayores avances suelen provenir de la incorporación de nuevos conceptos y de una mejor elaboración teórica de los hallazgos de la investigación.

Desde ese punto de vista, el refinamiento de la aproximación clínica y una más sutil diferenciación de los diferentes subtipos de cuadros depresivos podrían constituir un paso decisivo para la comprensión de las bases genéticas de la depresión.

REFERENCIAS

1. Craddock N, Forty L. Genetics of affective (mood) disorders. *Eur J Human Genetics* 2006; 14:660-668
2. Levinson DF. The genetics of depression: A review. *Biol Psychiatry* 2006;60:84-92
3. Züchner S, Roberts ST, Speer MC, Beckham JC. Update on Psychiatric Genetics. *Genet Med* 2007;9(6):332-340
4. Sullivan PF, Neale MC, Kendler KS. Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2000;157:1552-1562
5. Wender PH, Kety SS, Rosenthal D, Schulsinger F, Ortman J, Lunde L. Psychiatric disorders in the biological and adoptive families of adopted individuals with affective disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1986;43:923-929
6. Kendler KS. "A gene for...": the nature of gene action in psychiatric disorders. *Am J Psychiatry* 2005;162: 1243-1252
7. Fullerton J, Cubin M, Tiwari H, Wang C, Bomhra A, Davidson S *et al.* Linkage analysis of extremely discordant and concordant siblings pairs identified quantitative-trait loci that influence variation in the human personality trait neuroticism. *Am J Hum Genet* 2003;72(4):879-890

8. Neale BM, Sullivan PF, Kendler KS. A genome scan of neuroticism in nicotine dependent smokers. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 2005;132:65-69
9. Camp NJ, Lowry MR, Richard LR, Plenk AM, Carter C, Hensel CH *et al.* Genome-wide linkage analyses of extended Utah pedigrees identified loci that influence recurrent, early onset major depression and anxiety disorders. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 2005;135:85-93
10. Nash MW, Huevo-Diaz P, Williamson RJ, Steme A, Purcell S, Hoda F *et al.* Genome-wide linkage analysis of a composite index of neuroticism and mood-related scales in extreme selected sibships. *Hum Molec Genet* 2004; 13 :2173- 2182
11. Holmans P, Zubenko GS, Crowe RR, de Paulo JR, Scheftner W A, Weissman MM *et al.* Genome wide significant linkage to recurrent, early-onset major depressive disorder on chromosome 15q. *Am J Hum Genet* 2004;74:1154-1167
12. Cloninger CR, Van Eerdewegh P, Goate A, Edenbergh HJ, Blangero J, Hesselbrock V *et al.* Anxiety proneness linked to epistatic loci in genome scan of human personality traits. *Am J Med Genet* 1998;81:313-317
13. Zubenko GS, Maher B, Hughes HB, Zubenko WN, Stiffier JS, Kaplan BB *et al.* Genome-wide linkage survey for genetic loci that influence the development of depressive disorders in families with recurrent early-onset, major depression. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 2003;123:1-18
14. Abkevich V, Camp NJ, Hensel CH, Neff CD, Russell DL, Hughes DC *et al.* Predisposition loci for major depression at chromosome 12q22-12q23.2. *Am J Hum Genet* 2003;73:1271-1281
15. Fallin MD, Lasseter VK, Wolyniec PS, Mc Grath JA, Nestadt G, Valle D *et al.* Genome wide linkage scan for bipolar-disorder susceptibility loci among Ashkenazi Jewish families. *Am J Hum Genet* 2004;75:204-219
16. Green E, Elvidge G, Jacobsen N, Glaser B, Jones I, O'Donovan MC *et al.* Localization of bipolar susceptibility locos by molecular genetic analysis of the chromosome 12q23-q24 region in two pedigrees with bipolar disorder and Darier's disease. *Am J Psychiatry* 2005;162:35-42
17. Lohmueller KE, Pearce CL, Pike M, Lander ES, Hirschhorn JN. Meta-analysis of genetic association studies supports a contribution of common variants to susceptibility to common disease. *Nat Genet* 2003;33: 177-182
18. Elvidge G, Jones I, McCandless F, Asherson P, Owen MJ, Craddock N. Allelic variation of a Ball polymorphism in the DRD3 gene does not influence susceptibility to bipolar disorder. Results of analysis and meta-analysis. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 2001;105:307-311
19. Anguelova M, Benkelfat C, Turecki G. A systematic review of association studies investigating genes coding for serotonin receptors and the serotonin transporter: I. Affective disorders. *Mol Psychiatry* 2003;8:574-591
20. Anguelova M, Benkelfat C, Turecki G. A systematic review of association studies investigating genes coding for serotonin receptors and the serotonin transporter: 11. Suicidal Behavior. *Mol Psychiatry* 2003;8:646-653
21. Lasky-Su JA, Faraone SV, Glatt SI, Tsuang MT. Meta-analysis of the association between two polymorphisms in the serotonin transporter gene and affective disorders. *Am J Med Genet* 2005;133:110-115
22. Lotrich FE, Pollock BG. Meta-analysis of serotonin transporter polymorphisms and affective disorders. *Psychiatr Genet* 2004;14:121-129
23. Lin PY, Tsai G. Association between serotonin transporter gene promoter polymorphism and suicide: Results of a meta-analysis. *Biol Psychiatry* 2004;55:1023-1030
24. SeD S, Burmeister M, Ghosh D. Meta-analysis of the association between a serotonin transporter promoter polymorphism (5-HTTLPR) and anxiety-related personality traits. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 2004;127:85-89
25. Munafo MR, Clark T, Flint J. Does measurement instrument moderate the association between the serotonin transporter gene and anxiety-related personality traits? A meta-analysis. *Mol Psychiatry* 2005; 10:415-419
26. Furlong RA, Rubinsztein JS, Ho L, Walsh C, Coleman TA, Muir WJ, *et al.* Analysis and meta-analysis of two polymorphisms within the tyrosine hydroxylase gene in bipolar and unipolar affective disorders. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 1999;88:88-94
27. Zill P, Baghai TC, Zwanzger P, Schule C, Eser D, Rupprecht R, *et al.* SNP and haplotype analysis of a novel tryptophan hydroxylase isoform (TPH2) gene provide evidence for association with major depression. *Mol Psychiatry* 2004;9: 1030 -1036
28. Zhang X, Gainetdinov RR, Beaulieu JM, Sotnikova TD, Burch LH, Williams RB, *et al.* Loss-of-function mutation in tryptophan hydroxylase-2 identified in unipolar major depression. *Neuron* 2005;45:11-16
29. Zill P, Buttner A, Eisenmenger W, Moller HJ, Bondy B, Ackenheil M. Single nucleotide polymorphism and haplotype analysis of a novel tryptophan hydroxylase isoform (TPH2) gene in suicide victims. *Biol Psychiatry* 2004;56:581-586
30. Firk C, Marcus CR. Serotonin by stress interaction: a susceptibility factor for the development of depression? *J Psychopharmacol* 2007;21(5):538-544
31. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, *et al.* Influence of life stress on depression: Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science* 2003;301:386-389
32. Eley TC, Sugden K, Corsico A, Gregory AM, Sham P, McGuffin P *et al.* Gene-environment interaction analysis of serotonin system markers with adolescent depression. *Mol Psychiatry* 2004;9(10):908-915
33. Kaufman J, Yang BZ, Douglas-Palumberi H, Houshyar S, Lipschitz D, Krystal JH, Gelernter J. Social supports and serotonin transporter gene moderate depression in maltreated children. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2004;101(49):17316-17321
34. Kendler KS, Kuhn JW, Vittum J, Prescott CA, Riley B. The interaction of stressful life events and a serotonin transporter polymorphism in the prediction of episodes of major depression: a replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(5):529-535
35. Sjoberg RL, Nilsson KW, Nordquist N, Ohrvik J, Leppert J, Lindstrom L, Oreland L. Development of depression: sex and the interaction between environment and a promoter polymorphism of the serotonin transporter gene. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2006;9(4):443-449
36. Grabe HJ, Lange M, Wolff B, Volzke H, Lucht M, Freyberger HJ *et al.* Mental and physical distress is modulated by a polymorphism in the 5-HT transporter gene interacting with social stressors and chronic disease burden. *Mol Psychiatry.* 2005;10(2):220-224
37. Gillespie NA, Whitfield JB, Williams B, Heath AC, Martin NG. The relationship between stressful life events, the serotonin transporter (5-HTTLPR) genotype and major depression. *Psychol Med* 2005;35(1):101-111
38. Surtees PG, Wainwright NW, Willis-Owen SA, Luben R, Day NE, Flint J. Social adversity, the serotonin transporter (5-HTTLPR) polymorphism and major depressive disorder. *Biol Psychiatry* 2006; 59(3): 224-229
39. Wilhelm K, Mitchell PB, Niven H, Finch A, Wedgwood L, Scimone A *et al.* Life events, first depression onset and the serotonin transporter gene. *Br J Psychiatry* 2006;188:210-215

40. Barr CS, Newman TK, Becker ML, Parker CC, Champoux M, Lesch KP *et al.* The utility of the non-human primate; model for studying gene by environment interactions in behavioral research. *Genes Brain Behav* 2003;2(6):336-340
41. Zammit S, Owen MJ. Stressfullife events, 5-HTT genotype and risk of depression. *Br J Psychiatry* 2006; 188: 199-201
42. Hariri AR, Mattay VS, Tessitore A, Kolachana B, Fera F, Goldman D, *et al.* Serotonin transporter genetic variation and the response of the human amygdala. *Science* 2002;297:400-403
43. Hariri AR, Drabant EM, Muñoz KE, Kolachana BS, Mattay VS, Egan MF, *et al.* A susceptibility gene for affective disorders and the response of the human amygdala. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:146 -152
44. Eysenck HJ. *The Biological Basis of Personality*. Springfield, IL: Charles C. Thomas, 1967.
45. Parker G. Beyond major depression. *Psychological Med* 2005;35:467-474

REVISIÓN

PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES EN EL SISTEMA ESCOLAR: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA

(Rev GPU 2008; 4; 2: 206-213)

Vania Martínez¹, Graciela Rojas², Rosemarie Fritsch²

La depresión es una enfermedad recurrente y de graves consecuencias, cuya prevalencia aumenta desde la niñez a la adolescencia. Es así como más del 20% de los adolescentes a los 18 años ha tenido al menos un episodio depresivo. En países desarrollados se han investigado estrategias de prevención en el sistema escolar, considerando ventajas tanto prácticas como evolutivas. Los meta-análisis de estos programas han encontrado resultados consistentemente significativos en el corto plazo, aunque con tamaños de efecto pequeños a moderados. Sin embargo, los resultados en la mantención de estos efectos en el seguimiento a largo plazo son contradictorios. Por otro lado, faltan estudios de costo-efectividad que apoyen la diseminación de alguno de estos programas. En Chile las investigaciones en prevención de depresión en adolescentes son escasas y se encuentran aún en desarrollo. Los resultados de éstas y otras investigaciones que consideren tanto las fortalezas y las limitaciones de los estudios extranjeros, como las características socioculturales chilenas, podrían permitir el desarrollo y validación de programas de prevención de depresión en adolescentes en el sistema escolar que sean eficaces, efectivos y eficientes.

La depresión en la adolescencia se asocia a problemas de desempeño escolar, abuso de sustancias, conducta sexual de riesgo, problemas de salud física, dificultad en las relaciones sociales interpersonales y aumento de la posibilidad de suicidio, entre otros (1-3).

En países desarrollados la prevalencia de depresión en la adolescencia se ha estimado entre 4% y 8% (4). Alrededor de 10% de los adolescentes a los 16 años

(5) y más de 20% a los 18 años, ha presentado al menos un episodio depresivo (6). Son aún más los adolescentes que presentan sintomatología depresiva subumbral, que igualmente tiene consecuencias negativas y a la vez es un factor de riesgo para futuros trastornos depresivos (7). Por otro lado, la mayoría de los adultos con depresión recurrente ha iniciado sus episodios depresivos en la adolescencia (8).

¹ CEMERA, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

² Clínica Psiquiátrica Universitaria, Hospital Clínico Universidad de Chile

En Chile, si bien no existen estudios epidemiológicos que revelen la prevalencia de la depresión en niños y adolescentes, las investigaciones realizadas en colegios hacen sospechar que nuestra realidad no sería mejor. Un estudio de estudiantes de enseñanza media de Santiago encontró que un 32,2% tenía puntajes en el Inventario de Depresión de Beck sugerentes de depresión (9). En la Encuesta Mundial de Salud Escolar, en la que están participando más de 50 países, y que en Chile fue realizada en alumnos de 7° básico a 1° medio, pertenecientes a cuatro Regiones, se encontró que alrededor de un 20% consideró seriamente un intento de suicidio en el último año, situación que está estrechamente relacionada con la depresión (10).

Existe una preocupación gubernamental en relación a la depresión y es así como el Ministerio de Salud de Chile ha considerado el tratamiento de los trastornos depresivos como una de las prioridades sanitarias y los ha incorporado en el Plan GES (Garantías Explícitas en Salud) incluyendo a los usuarios a partir de los 15 años de edad (11).

Si bien la posibilidad de mejorar el acceso al diagnóstico y tratamiento adecuado de la depresión es de suma importancia, lo es también la posibilidad de implementar estrategias adecuadas para su prevención. Se ha estudiado la prevención de depresión en distintos grupos de edad y en distintos escenarios, sin embargo por consideraciones tanto prácticas como evolutivas el implementar estrategias preventivas en adolescentes en los colegios es particularmente apropiado (12).

Se ha definido prevención como intervenciones que ocurren antes del inicio de un trastorno (13). En estricto rigor, de acuerdo a esta definición, lo que se previene es un primer episodio de trastorno depresivo mayor. Sin embargo, la mayoría de las investigaciones amplían este concepto debido a la importancia de la prevención no sólo de un trastorno establecido sino también de los síntomas subumbrales depresivos, como también la prevención no sólo de un primer episodio de depresión sino también de recurrencias y recaídas (7, 8).

Las intervenciones preventivas pueden ser universales si están dirigidas a toda la población o específicas si se dirigen sólo a un grupo. A su vez, las intervenciones específicas se denominan selectivas cuando están dirigidas a grupos de riesgo y se denominan indicadas cuando están dirigidas a individuos con sintomatología subumbral (13).

El propósito de este artículo es revisar la literatura en relación a intervenciones de prevención de depresión en adolescentes en el sistema escolar y discutir algunos elementos a considerar para realizar investigaciones en Chile en este tópico.

METODOLOGÍA

Se utilizaron las bases de datos PubMed, LILACS y SCIELO, ingresando las palabras clave: depresión, prevención y adolescentes (en inglés: depression, prevention, adolescents). Se limitó la búsqueda a los últimos 15 años. Para la revisión se consideraron los artículos de revisión, meta-análisis y artículos originales que incluyeran intervenciones para prevenir depresión en escolares realizadas en colegios. Ya que no se encontraron publicaciones de artículos originales que cumplieran los criterios elegidos en las bases de datos de LILACS y SCIELO, se revisaron las bases de datos de los concursos de FONDECYT y FONIS para acceder a información sobre investigaciones chilenas y se tomó contacto con los investigadores principales de las dos investigaciones encontradas.

EDAD DE LOS PARTICIPANTES

Considerando las intervenciones en adolescentes en los colegios, la mayoría se ha implementado entre 5° y 10° grado, es decir, aproximadamente entre los 10 y 15 años (14-16). Hay programas que se han estudiado en la adolescencia inicial, con alumnos de 5° a 7° grado (17, 18) y otros en la adolescencia media, con alumnos de 9° y 10° grado (19, 20). De la descripción de los programas no queda claro si se consideraron diferencias evolutivas en su desarrollo y aplicación. Existen pocos datos para concluir sobre la superioridad de los resultados atribuibles a la etapa de la adolescencia en que se hicieron (21).

GÉNERO DE LOS PARTICIPANTES

Aunque hay intervenciones que se han hecho exclusivamente en adolescentes mujeres (22) y otras han separado los grupos por género (23, 24), la mayoría se ha aplicado en muestras mixtas. Sin embargo no siempre se reportan los resultados diferenciales por género y, cuando lo hacen, se han encontrado patrones inconsistentes al corto plazo, pero sin diferencias en el largo plazo (16, 21). En los meta-análisis y artículos de revisión se destaca la importancia de analizar y reportar diferencias de género en los resultados (15, 21).

TAMAÑO DEL GRUPO

No todos los estudios reportan el tamaño de los grupos. Se han implementado programas desde grupos de 8 alumnos hasta los que incorporan a una clase completa de 35 alumnos (14-16). A la fecha no existen diferencias atribuibles al tamaño del grupo en que se realizó la intervención (21).

NÚMERO, DURACIÓN Y FRECUENCIA DE LAS SESIONES

Los programas varían en el número de sesiones desde 3 a 16 y en la duración de las sesiones entre 40 y 120 minutos, siendo la mayoría de frecuencia semanal (14-16).

Un meta-análisis encontró tamaños de efecto mayores para programas de más de 8 sesiones y de 60 a 90 minutos de duración, no importando la duración del programa o la distribución de las sesiones (15).

Se propone que sesiones de intervención en el seguimiento podrían favorecer el mantenimiento de los resultados a largo plazo (12).

PERSONAL A CARGO DE LA IMPLEMENTACIÓN

Para demostrar eficacia los estudios se realizan bajo condiciones altamente controladas. Para hablar de efectividad se requiere que programas que han demostrado su eficacia puedan ser implementados bajo condiciones del “mundo real” y seguir demostrando resultados positivos, esto es, por ejemplo, que sean aplicados por personal del colegio (25).

En un meta-análisis se encontró que los programas que combinan la participación de profesionales de salud con personal no especializado tienen los tamaños de efecto mayores. Además se reporta que los profesionales de la salud tendrían mayores efectos para los programas específicos, pero no para los universales en comparación con el personal no especializado (15).

Cuando un programa de prevención universal fue implementado por personal de colegio no obtuvo los resultados favorables que había tenido al ser implementado por personal universitario entrenado y supervisado por el equipo de investigación. Los autores proponen como explicación para esto que el entrenamiento fue de sólo un día y que no hubo observadores externos para determinar la fidelidad con que se realizó el programa (26).

Spence (2005) encontró en un programa aplicado por profesores buenos resultados a corto plazo, pero no en el seguimiento (27).

MEDICIONES DE RESULTADO

La mayoría de los estudios han utilizado escalas de depresión para la evaluación de resultados, pocos han utilizado entrevistas clínicas diagnósticas (27). Un estudio encontró resultados diferenciales en dos escalas de depresión (20). Se propone que el autorreporte de

síntomas podría ser poco confiable y, por lo tanto, sería útil incorporar varias medidas de resultado, incluyendo a otros informantes (21).

GRUPO CONTROL Y PLACEBO

Para que un estudio sea demostradamente eficaz se requiere la comparación con un grupo control (25).

No todos los estudios han utilizado un grupo control; cuando existen, en general, se refieren a la no intervención o a la clase de educación usual, sin embargo no están exentos de problemas metodológicos. Hubo un estudio (20) que utilizó como grupo control el mismo curso, pero de otro año, lo cual puede tener un efecto de cohorte por cambios implementados en el colegio o cambios de la sociedad (21). En otros estudios no hubo randomización para el grupo control (18, 26).

Algunos investigadores han utilizado como comparación un grupo placebo. En un estudio los participantes realizaron un proyecto sobre el medio ambiente (18) y, en otro, el grupo trabajó en resolver problemas, en lenguaje corporal, en ayudar a otros y actividades de diversión (19). En este último caso se plantea si las actividades incorporadas pueden haber tenido un efecto activo para prevenir la depresión (19).

Se debe tomar en cuenta que si se aleatorizan individuos dentro de un mismo colegio al grupo de intervención y al grupo control o placebo, hay riesgo de “contaminación cruzada”, es decir, que los efectos de cada grupo podrían interferir mutuamente. Además los estudios no han considerado que el grupo control puede recibir intervenciones que prevengan la depresión derivadas de realizar las evaluaciones y/o de otras prácticas escolares: por ejemplo, que favorezcan la búsqueda de ayuda profesional (21).

TAMAÑO Y REPRESENTATIVIDAD DE LA MUESTRA

Si bien existen estudios con muestras de más de 600 participantes por grupo (27, 28), en otros el número por grupo ha sido menor a 30 (18, 22, 29).

La proporción de consentimiento en los estudios también es variable, siendo, por ejemplo, de 13% en un estudio (29) y de 98,5% en otro (23), lo que también incide en la representatividad de la muestra. Por otro lado, la asistencia al programa también es un factor a considerar y no siempre se explicita (14-16).

También es relevante que el estudio en diferentes grupos poblacionales puede encontrar resultados distintos como un estudio que encontró resultados diferenciales en población latina y afroamericana (29).

SEGUIMIENTO

De acuerdo a los estándares de la Sociedad para la Investigación de la Prevención, uno de los requisitos para que un programa sea eficaz es que se mantengan los resultados positivos en al menos un seguimiento de largo plazo de aproximadamente 6 meses (25).

En el seguimiento no sólo se puede evaluar la mantención de resultados positivos sino también la aparición de mayores diferencias. Possel (2004) propone que podría existir un “efecto durmiente” en las intervenciones universales, que se activaría ante nuevos estresores y desafíos (24). Es así como en un estudio se encontraron resultados positivos en el seguimiento a 6 meses, pero no inmediatos (22).

Los seguimientos varían entre 3 meses y 4 años (14-16). Se han encontrado en los seguimientos de hasta 11 meses resultados no consistentes y en los seguimientos de 12 meses y más no han habido resultados positivos (14-16,21). Es difícil concluir sobre los resultados a largo plazo, dado que existen pérdida de datos para el seguimiento hasta del 40% (27). Además en algunos estudios los casos perdidos tenían puntajes más altos en las escalas de depresión (27, 30).

COSTO-EFECTIVIDAD

No se encontraron estudios que evalúen el costo-efectividad de intervenciones preventivas para depresión implementadas en colegios.

Un estudio de una intervención grupal cognitivo conductual de 15 sesiones para prevenir la depresión en hijos adolescentes de padres con depresión realizada en una HMO (Health Maintenance Organization), concluye que el programa es costo-efectivo comparado con otras intervenciones cubiertas por ese sistema de salud y comparable a tratamientos aceptados para la depresión (31).

INTERVENCIONES UNIVERSALES VERSUS ESPECÍFICAS

Los meta-análisis reiteradamente han mostrado que los programas preventivos tienen efectos significativos en reducir tanto sintomatología como enfermedad depresiva, aunque de tamaño pequeño a moderado. Se ha observado una mayor ventaja a corto y a largo plazo de los programas específicos con respecto a los universales (14-16).

La investigación en programas específicos tiene la ventaja que se puede dirigir el programa para enfrentar los factores de riesgo escogidos, donde la mayoría

de los participantes se beneficiarían y, por lo tanto, se requiere una muestra más pequeña para encontrar diferencias significativas (16).

Una revisión que examina la eficiencia y eficacia de las intervenciones universales para prevención de depresión en colegios, concluye que con la evidencia actual no se puede recomendar la amplia diseminación de estos programas (21). Sin embargo, dadas ciertas ventajas de las intervenciones universales, sería prematuro el desechar la posibilidad de futuras investigaciones en programas preventivos universales. Dentro de las ventajas de las intervenciones universales está el que se pueden aplicar durante la jornada escolar, utilizando grupos naturales, con lo que se logra una mayor participación y menor deserción. Por otro lado, se logra acceder a una mayor cantidad de adolescentes con potencialidad de presentar depresión en el futuro sin necesidad de escoger uno o dos factores de riesgo, dentro de los múltiples que existen y, a la vez, evitando un sistema de selección que podría resultar engorroso (16). Otro de los argumentos para preferir las intervenciones universales es que las intervenciones específicas estarían asociadas a un mayor estigma. Sin embargo, un estudio que comparó un programa universal con uno específico encontró que este último fue evaluado más positivamente y presentó poca diferencia en el estigma percibido en relación al universal (32).

CONTENIDO DE LOS PROGRAMAS

La mayoría de los programas se basan en técnicas cognitivo-conductuales (14-16). Un programa incorpora principios de las terapias cognitivo-conductuales e interpersonal (20). Otro programa incorpora sesiones de psicoeducación y para favorecer actividades placenteras (33).

Un meta-análisis encontró que los programas que involucran un componente para aumentar las competencias tienen tamaños de efectos mayores que los programas con métodos conductuales y de apoyo social. Por otro lado, encontró que los programas que incluyen tres o más diferentes tipos de métodos fueron significativamente mejores (15).

Se les critica a los programas de prevención el que en su mayoría se han enfocado específicamente en favorecer características y habilidades individuales en ausencia de un cambio ambiental, por ejemplo, en la familia (27). Un estudio que comparó un programa agregando 3 sesiones con los padres no encontró ventajas comparativas, sin embargo la asistencia fue baja, ya que sólo 10% de los padres asistieron a las 3 sesiones

(20). Otro estudio piloto que incorporó a la intervención con adolescentes un componente parental que consistía en 6 sesiones de 90 minutos, redujo significativamente los síntomas de depresión y ansiedad durante el seguimiento (34).

Faltan estudios que demuestren ventajas diferenciales en los distintos componentes de los programas, como también que demuestren que la intervención tiene el impacto deseado en las variables que se proponen como mediadoras del cambio (27).

EJEMPLOS DE PROGRAMAS

A continuación se describirán brevemente algunos de los programas de prevención que se han implementado en el sistema escolar.

“Resourceful Adolescent Program” (RAP) (35)

Es un programa australiano que en la actualidad tiene tres componentes que promueven factores protectores individuales (RAP-A), familiares (RAP-F ó RAP-P) y escolares (RAP-T). Es un programa diseñado para aplicación universal en los colegios. El componente RAP-A consiste en 11 sesiones de 40 a 50 minutos de duración, realizadas en grupos de 8 a 15 estudiantes de 12 a 15 años. El foco de las intervenciones son reestructuración cognitiva, resolución de problemas, manejo del estrés y acceso a red de apoyo. Los estudios han demostrado hallazgos positivos tanto en el corto plazo como en el seguimiento cuando ha sido aplicado por profesionales de salud mental (19, 20). Cuando fue aplicado por profesores no obtuvo los mismos resultados (26). El componente familiar que consiste en el trabajo en tres temas no ha demostrado efectos aditivos, sin embargo no se puede descartar su utilidad, dada la baja asistencia de los padres a las sesiones (20). El componente escolar que consiste en seminarios a los profesores, con sesiones de seguimiento aún no ha sido evaluado (35). Sutton (2007) critica algunos aspectos metodológicos de algunas investigaciones de este programa como la falta de randomización de los grupos en un estudio y el no reportar los análisis estadísticos utilizados en otro, proponiendo la necesidad de investigar en los mediadores putativos del programa, dado que otros programas universales, aparentemente similares, no han demostrado los mismos efectos positivos (12).

“Problem Solving for Life” (PSFL)

Es un programa australiano de prevención universal que integra un componente de reestructuración cog-

nitiva y uno de entrenamiento en habilidades de resolución de problemas. Consiste en 8 sesiones semanales de 45 a 50 minutos de duración que se aplica a toda la clase (25 a 35 alumnos) de 8º grado. Es implementado por profesores que reciben 6 horas de entrenamiento. Los resultados a corto plazo indicaron que los participantes mostraron una significativa reducción en los síntomas depresivos, sin embargo las diferencias con el grupo control no se mantuvieron en los seguimientos a 1, 2, 3 y 4 años (27, 36).

Cuando se comparó esta intervención con una intervención cognitivo-conductual de prevención en la modalidad indicada, con la combinación de ambas y un grupo control de no intervención, no se encontraron diferencias significativas en la sintomatología depresiva (28).

“Coping with Stress Course” (37)

Es un programa desarrollado en Estados Unidos sobre intervención psicoeducativa y cognitivo conductual dirigido a adolescentes en riesgo de depresión, es decir, corresponde a una modalidad de prevención específica. Consiste en 15 sesiones de 45 minutos a 1 hora de duración.

Una investigación muestra resultados positivos al año de seguimiento al aplicar el programa en adolescentes de 9º y 10º grado con altos niveles de sintomatología depresiva (30)

“Penn Prevention Program”, “Penn Resiliency Program” y “Penn Optimism Program”

Es un programa desarrollado en la Universidad de Pennsylvania, que consiste de 10 a 12 sesiones de 90 minutos de duración con componentes cognitivo conductuales y de resolución de problemas. Se ha aplicado de 5º a 8º grado. Ha sido implementado por profesores y por estudiantes graduados de psicología. Ha tenido buenos resultados en algunos estudios (38). En un estudio no hubo efectos significativos de la intervención para el total de la muestra, pero hubo efectos diferenciales en las distintas escuelas en que se aplicó (17). Estudios de este programa realizados en Australia no demostraron efectos positivos (18, 22).

“Ease of Handling Social Aspects in Everyday Life” (LISA-T)

Es un programa alemán que se aplica en modalidad de prevención universal consistente en 10 sesiones semanales de 90 minutos de duración. Utiliza técnicas

cognitivo conductuales de reestructuración cognitiva, asertividad y entrenamiento en competencia social. En los estudios publicados los grupos variaron entre 8 y 24 estudiantes, separados por género, y el programa fue implementado por profesionales de salud mental. Los resultados han sido favorables (23, 24).

“The beyondblue Schools Research Initiative”

Corresponde a un programa que se está realizando en 50 escuelas de Australia como parte de la iniciativa nacional de depresión. Participan profesionales de salud y de educación, fortaleciendo tanto los factores protectores individuales como los ambientales, incluyendo a la familia. El programa de la sala de clases se desarrolla en modalidad de prevención universal con el mismo grupo de estudiantes por un periodo de 3 años a partir de 8° grado, realizándose 10 sesiones semanales en cada año, de 30 a 45 minutos de duración. Incluye técnicas para favorecer la educación emocional, reducción del estrés, habilidades sociales, aumento de las redes de apoyo, resolución de conflictos y asertividad. Aún no se han publicado los resultados de esta iniciativa (39).

INVESTIGACIONES CHILENAS

En Chile se están desarrollando dos investigaciones en prevención de depresión en colegios, ambas dirigidas a adolescentes mujeres de enseñanza media.

En la ciudad de Ancud se realizó un estudio en adolescentes mujeres de 2° año de enseñanza media con el objetivo de medir el impacto de una intervención psicosocial en la prevención de la depresión a través de la modificación de variables mediadoras (autoestima, autoeficacia, apoyo social y percepción de las relaciones de género). La intervención consideró los niveles individual, escolar y comunitario. Los análisis de los resultados de esta investigación se encuentran en curso (40).

Investigadores de los Departamentos de Psicología y Psiquiatría de la Universidad de Concepción han generado un programa preventivo de la depresión para adolescentes mujeres. Este programa fue aplicado el año 2006 en liceos. Actualmente se está trabajando en una reformulación del programa, para hacer una doble aplicación de éste en liceos de la zona, en algunos en modalidad de prevención indicada y, en otros, en modalidad de prevención universal (41, 42).

DISCUSIÓN

La adolescencia es un periodo de alto riesgo para iniciar trastornos depresivos (4). El tratamiento de la depresión en adolescentes, principalmente el farmacológico, muchas veces resulta controversial (43). Por otro lado, los adolescentes acuden poco a los servicios de salud, por lo que el acceder a ellos a través de los colegios es una buena oportunidad para prevenir una patología tan importante dadas sus consecuencias negativas y el costo que implica, como la depresión.

Al diseñar un programa de intervención es importante considerar la edad de los participantes, ya que hay diferencias en el estilo de pensamiento, que va transcurriendo desde un pensamiento concreto hacia uno hipotético-deductivo, como también diferencia en los intereses, grado de relación con los pares y los padres, etc. (44). Si bien no hay claridad en relación a qué edad o en qué curso escolar sería más útil implementar estrategias de intervención en la adolescencia, los dos estudios chilenos mencionados han optado por la enseñanza media (40,41). Esto parece razonable en nuestra realidad, dada la menor movilidad a un colegio distinto en ese periodo, lo que posibilitaría un mejor seguimiento.

Los estudios, en general, excluyen a adolescentes que se encuentren cursando un episodio de depresión diagnosticada o sugerente por cuestionarios de auto-reporte o que tengan riesgo de suicidio (14-16). Dados algunos antecedentes nacionales (9,10), sería esperable una exclusión en nuestra realidad de más de un 20%, dato que se debiera considerar en el diseño de los estudios.

Si bien no existen evidencias de que la incorporación de los padres en la prevención sea más eficaz (20), desde un punto de vista sistémico parece razonable incluirlos. Dada la dificultad encontrada en algunos estudios de acceder a los padres (20), tanto para el consentimiento informado como para su participación en actividades preventivas, debieran realizarse estrategias activas que tomen en cuenta la realidad local, con instancias o mecanismos existentes, como, por ejemplo, las reuniones de apoderados.

Se requieren investigaciones que consideren tanto las fortalezas y las limitaciones de los estudios extranjeros, como las características socioculturales chilenas, que permitan el desarrollo y validación de programas de prevención de depresión en adolescentes del sistema escolar que sean eficaces, efectivos y eficientes.

REFERENCIAS

1. Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent DA, Kaufman J, Dahl RE, Perel J, Nelson B. Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years, Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35(11):1427-1439
2. Brent DA, Perper JA, Goldstein CE, Kolko DJ, Allan MJ, Allman CJ, Zelenak JP. Risk factors for adolescent suicide: A comparison of suicide victims with suicidal inpatients. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:581-588
3. Rohde P, Lewinsohn PM, Seeley JR. Are adolescents changed by an episode of major depression? *J American Child Adolesc Psychiatry* 1994;33:1289-1298
4. Costello EJ, Pine DS, Hammen C, March JS, Plotsky PM, Weissman MM, Biederman J, Goldsmith HH, Kaufman J, Lewinsohn PM, Hellander M, Hoagwood K, Koretz DS, Nelson CA, Leckman JF. Development and natural history of mood disorders. *Biol Psychiatry* 2002;52(6):529-542
5. Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60:837-844
6. Lewinsohn PM, Hops H, Roberts RE, Seeley JR, Andrews JA. Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *J Abnormal Psychology*. 1993;102:133-144
7. Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM, Beautrais AL. Subthreshold depression in adolescence and mental health outcomes in adulthood. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(1):66-72
8. Pine DS, Cohen P, Gurley D, Brook J, Ma Y. The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55(1):56-64
9. Cumsille P, Martínez ML. Síntomas de depresión en estudiantes de enseñanza media de Santiago. *Rev Chil Pediatr*. 1997;68(2):74-77
10. Ministerio de Salud de Chile, Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Centros para Control y Prevención de Enfermedades de Atlanta. Informe preliminar, Encuesta mundial de salud escolar Chile 2004. Octubre 2005 <http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/EMSE/EMSE.htm>
11. Ministerio de Salud de Chile, Subsecretaría de Salud Pública. Segundo régimen de Garantías Explícitas en Salud. Enero 2006. www.minsal.cl
12. Sutton JM. Prevention of depression in youth: a qualitative review and future suggestions. *Clin Psychol Rev*. 2007;27(5):552-571
13. Institute of Medicine. Reducing risks for mental disorders. Frontiers for preventive intervention research. Washington DC: National Academy Press, 1994
14. Horowitz JL, Garber J. The prevention of depressive symptoms in children and adolescents: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol*. 2006;74(3):401-415
15. Jané-Llopis E, Hosman C, Jenkins R, Anderson P. Predictors of efficacy in depression prevention programmes. *Br J Psychiatry*. 2003;183:384-397
16. Merry S, McDowell H, Hetrick S, Bir J, Muller N. Psychological and/or educational interventions for the prevention of depression in children and adolescents (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(2):CD003380
17. Gillham JE, Reivich KJ, Freres DR, Chaplin TM, Shatté AJ, Samuels B, Elkon AG, Litzinger S, Lascher M, Gallop R, Seligman ME. School-based prevention of depressive symptoms: A randomized controlled study of the effectiveness and specificity of the Penn Resiliency Program. *J Consult Clin Psychol*. 2007;75(1):9-19
18. Pattison C, Lynd-Stevenson RM. The prevention of depressive symptoms in children: the immediate and long-term outcomes of a school-based program. *Behaviour Change*. 2001;18(2):92-102
19. Merry S, McDowell H, Wild CJ, Bir J, Cunliffe R. A randomized placebo-controlled trial of a school-based depression prevention program. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004;43(5):538-547
20. Shochet IM, Dadds MR, Holland D, Whitefield K, Harnett PH, Osgarby SM. The efficacy of a universal school-based program to prevent adolescent depression. *J Clin Child Psychol*. 2001;30:303-315
21. Spence SH, Shortt AL. Research review: Can we justify the widespread dissemination of universal, school-based interventions for the prevention of depression among children and adolescents? *J Child Psychol Psychiatry*. 2007;48(6):526-542
22. Quayle D, Kane R, Dziurawiec G. The effect of an optimism and lifeskills program on depressive symptoms in preadolescence. *Behavior Change*. 2001;18(4):194-203
23. Pössel P, Baldus C, Horn AB, Groen G, Hautzinger M. Influence of general self-efficacy on the effects of a school-based universal primary prevention program of depressive symptoms in adolescents: a randomized and controlled follow-up study. *J Child Psychol Psychiatry*. 2005;46(9):982-994
24. Pössel P, Horn AB, Groen G, Hautzinger M. School-based prevention of depressive symptoms in adolescents: a 6-month follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004;43(8):1003-1010
25. Flay BR, Biglan A, Boruch RF, González F, Gottfredson D, Kellam S, Moscicki E, Schinke S, Valentine JC, Peter J. Standards of evidence: criteria for efficacy, effectiveness and dissemination. *Prev Sci*. 2005;6(3):151-175
26. Harnett PH, Dadds MR. Training school personnel to implement a universal school-based prevention of depression program under real-world conditions. *J School Psychol*. 2004;42:343-357
27. Spence SH, Sheffield JK, Donovan CL. Long-term outcome of a school-based, universal approach to prevention of depression in adolescents. *J Consult Clin Psychol*. 2005;73(1):160-167
28. Sheffield JK, Spence SH, Rapee RM, Kowalenko N, Wignall A, Davis A, McLoone J. Evaluation of universal, indicated, and combined cognitive-behavioral approaches to the prevention of depression among adolescents. *J Consult Clin Psychol*. 2006;74(1):66-79
29. Cardemil EV, Reivich KJ, Seligman MEP. The prevention of depressive symptoms in low-income minority middle school students. *Prevention & Treatment*. 2002;5:Article 8 <http://journals.apa.org/prevention/volume5/pre0050008a.html>
30. Clarke GN, Hawkins W, Murphy M, Sheeber LB, Lewinsohn PM, Seeley JR. Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: a randomized trial of a group cognitive intervention. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1995;34(3):312-321
31. Lynch FL, Clarke GN. Estimating the economic burden of depression in children and adolescents. *Am J Prev Med*. 2006;31(6 Suppl 1):S143-S151
32. Rapee RM, Wignall A, Sheffield J, Kowalenko N, Davis A, McLoone J, Spence SH. Adolescents' reactions to universal and indicated prevention programs for depression: perceived stigma and consumer satisfaction. *Prev Sci*. 2006;7(2):167-177
33. Clarke GN, Hawkins W, Murphy M, Sheeber L. School-based primary prevention of depressive symptomatology in adolescents: Findings from two studies. *J Adolesc Res*. 1993;8(2):183-204
34. Gillham JE, Reivich KJ, Freres DR, Lascher M, Litzinger S, Shatté A, Seligman MEP. School-based prevention of depression and anxiety symptoms in early adolescence: a pilot of a pa-

- rent intervention component. *School Psychology Quarterly*. 2006;21(3):323-348
35. Resourceful Adolescent Program. <http://www.hlth.qut.edu.au/psyc/rap/>
 36. Spence SH, Sheffield JK, Donovan C. Preventing adolescent depression: an evaluation of the Problem Solving for Life Program. *J Consult Clin Psychol*. 2003;71(1):3-13
 37. Coping with stress course. <http://www.kpchr.org/public/acwd/acwd.html>
 38. Gillham J, Reivich KJ, Jaycox LH, Seligman MEP. Prevention of depressive symptoms in school children: Two year follow-up. *Psychological Science*. 1995;6:343-351
 39. Spence S, Burns J, Boucher S, Glover S, Graetz B, Kay D, Patton G, Sawyer M. The beyondblue schools research initiative: conceptual framework and intervention. *Australas Psychiatry*. 2005;13(2):159-164
 40. Eguiguren P. Evaluación del impacto de una intervención psicosocial en los niveles de autoestima, apoyo social, y relaciones de género en mujeres adolescentes, como parte del desarrollo de un modelo de prevención de trastornos depresivos. Proyecto N°SA04I2088, Primer Concurso Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud (FONIS). Año Concurso 2004 <http://www.fondef.cl/bases/fondef/PROYECTO/A0/4/SA04I2088.HTML>
 41. Cova F. Depresión en adolescentes de sexo femenino: identificación de variables de vulnerabilidad y evaluación de un programa preventivo. Proyecto N°11060059, Concurso Fondecyt-Regular Iniciación de Investigación. Año Concurso 2006 <http://www.conicyt.cl/bases/fondecyt/proyectos/11/2006/11060059.html>
 42. Cova F, Aburto B, Sepúlveda MJ, Silva M. Potencialidades y obstáculos de la prevención en niños y adolescentes. *Psykhē*. 2006;15(1):57-65
 43. Whittington CJ, Kendall T, Fonagy P, Cottrell D, Cotgrove A, Boddington E. Selective serotonin reuptake inhibitors in childhood depression: systematic review of published versus unpublished data. *Lancet*. 2004;363(9418):1341-1345
 44. Papalia D. *Psicología del Desarrollo Humano*. México, McGraw-Hill, 1993

TÉCNICA

ELEMENTOS RELACIONALES EN LA REHABILITACIÓN DE SOBREVIVIENTES DE LESIÓN CEREBRAL ADQUIRIDA

ALIANZA DE TRABAJO, TRANSFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA, USOS DEL TERAPEUTA

(Relational Elements in the Rehabilitation of Survivors of Acquired Brain Injury. Working Alliance, Transference, Countertransference, Psychotherapist' uses)

(Rev GPU 2008; 4; 2: 214-220)

Christian Salas¹

"No existe cosa tal como un cerebro sin otro cerebro"

El presente trabajo describe la aplicación de conceptos psicodinámicos relacionales en la comprensión de los procesos de rehabilitación de personas que han adquirido una Lesión Cerebral. Se enfatiza la utilidad de la Alianza de Trabajo para lidiar con el problema de las expectativas de los pacientes y sus familias, así como también para generar un ambiente sin amenazas de reacciones catastróficas. La Trasferencia y Contratransferencia adquieren importancia como vehículos de acceso a la experiencia del paciente sobre sí mismo y el mundo, así como a la vivencia de los otros significativos en relación a las demandas del paciente. El uso del terapeuta es enfatizado como fenómeno espontáneo del organismo para lograr una homeostasis con el ambiente. Se describen experiencias contratransferenciales y usos del terapeuta de acuerdo a diversos perfiles de compromiso neuropsicológico.

¹ Neuropsicólogo, Clínica de Neuro-rehabilitación Los Coihues. Docente Unidad Psicoterapia Dinámica Instituto Psiquiátrico "José H. Barak". Correspondencia a Laguna Sur 6561, Estación Central, Santiago. Fono: 4657900. Fax: 4657902. E-mail: csalas@loscoihues.cl.

INTRODUCCIÓN

La rehabilitación neuropsicológica de sobrevivientes de Lesión Cerebral Adquirida (LCA) exige a los equipos abordar no sólo las numerosas alteraciones cognitivas sino también las dificultades emocionales e interpersonales que emergen de un suceso traumático que quiebra la continuidad biográfica (para una revisión ver Salas, Báez, Garreaud & Daccarett, 2007). George Prigatano (1991) parece haber plasmado este dilema de forma insuperable al señalar que la rehabilitación debe hacerse cargo no sólo de la “mente desorganizada” del paciente sino también de su “alma herida”.

Aunque no todos los sobrevivientes de LCA poseen los recursos cognitivos y emocionales para solicitar y sostener un proceso psicoterapéutico, un segmento significativo de estos pacientes sí logra constituirse, en diversos momentos, y a diversos ritmos, en un *paciente psicológico* (Salas, 2008, enviado para publicación). No obstante, las particulares secuelas cognitivas, afectivas y conductuales instalan importantes desafíos a la técnica del terapeuta. Muchos de estos pacientes poseen dificultades para sostener la atención, registrar y evocar nueva información, manipular y organizar sus pensamientos, expresar ideas en palabras o considerar diversos puntos de vista.

El objetivo de este trabajo es iluminar algunas de estas dificultades de la labor psicoterapéutica por medio del uso de nociones psicodinámicas relativas a los fenómenos relacionales de la díada paciente – terapeuta, como son la Alianza de Trabajo, Transferencia, Contratransferencia y Usos del Terapeuta.

EL ESTADO DEL ARTE

La caracterización de los sobrevivientes de LCA y de cómo sus déficits impactan en el uso de las herramientas psicoterapéuticas, ha sido un tema de discusión en el campo de la rehabilitación neuropsicológica (Coetzer, 2007; Judd & Wilson, 2005; Miller, 1993; Butler & Satz, 1988). Si bien es un acuerdo el necesario eclecticismo psicoterapéutico (Small 1980, citado en Miller, 1993), existen dos grandes líneas de abordaje clínico. La perspectiva cognitivo-conductual parece ser el enfoque de mayor penetración en los terapeutas (Judd & Wilson), posiblemente debido a que ofrece la posibilidad de operacionalizar intervenciones, optimizando tiempo y recursos (Gracey, Oldham & Kritzing, 2007; Dewar, Gracey, 2006). La perspectiva psicodinámica, si bien posee en la literatura menos adeptos (Prigatano, en prensa; Freed, 2002; Groswassee & Stern, 1998; Prigatano, 1991; Prigatano & Klonoff, 1988), permite, a mi

juicio, abordar con mayores herramientas conceptuales tanto la comprensión de la adaptación emocional y reestructuración del Self, como el uso y la exacerbación neurológica de mecanismos de defensa y rasgos de carácter. Otro argumento, que parece relevante a la hora de considerar la potencialidad de una perspectiva psicodinámica en el trabajo con sobrevivientes de LCA, es la ya demostrada capacidad del modelo psicoanalítico para dialogar con la neurociencia, ofreciendo una comprensión dinámica de la interacción entre estados psíquicos y circuitos cerebrales (Kaplan-Solms & Solms, 2005; Solms & Turnbull, 2005; Turnbull & Solms, 2004; Kandel, 1999).

ALIANZA DE TRABAJO

El concepto de Alianza de Trabajo (Zetzel, 1956) parece ser un constructo que ha dejado de pertenecer exclusivamente al psicoanálisis. En el trabajo con sobrevivientes de LCA, la Alianza de Trabajo ha sido entendida como la colaboración entre cliente y terapeuta, sostenida por el desarrollo de un lazo de apego, y un compromiso compartido en las metas y tareas de la psicoterapia (Lustig, Strauser, Weems, Donnell & Smith, 2003). Se ha relacionado con resultados positivos de rehabilitación (Prigatano, Klonoff, O'Brien, *et al.*, 1994; Klonoff, Lamb, Henderson, Shepherd, 1998), reinserción laboral (Lustig *et al.*) y con una mayor aceptación de las clarificaciones del equipo sobre la realidad (Small 1980, citado en Miller, 1993).

La Alianza de Trabajo es de central importancia en la rehabilitación de sobrevivientes de LCA, especialmente a causa de la necesidad de abordar el *problema* de las expectativas. Uno de los temas centrales en la adaptación emocional a la LCA radica en las fantasías restaurativas con que los pacientes arriban a los centros de rehabilitación. Esto es observable en el desenvolvimiento de dinámicas psicológicas como: (a) la idealización del equipo o terapeuta como medios de restauración de las funciones cognitivas y motoras del Self; (b) la exacerbación de un locus de control interno en relación a la remediación de los déficits; (c) la evitación de situaciones que generen “reacciones catastróficas” (Goldstein 1959, en Ben-Yishay, 2000), evidenciando la imposibilidad de lidiar con demandas ambientales. Todos estos procesos, tanto defensivos como conservativos, corresponden a diversas posiciones y momentos en la tramitación del duelo del paciente, el equipo y la familia. La construcción de una fuerte Alianza de Trabajo, y su monitoreo durante los diversos intercambios paciente-equipo-terapeuta-familia, permite sortear con mayor habilidad las vicisitudes del duelo

por las expectativas. Aquí la labor del psicoterapeuta, en relación al equipo y paciente es la de ser un órgano reflexivo capaz de explicitar las dinámicas en juego, posibilitando la contención de la experiencia y utilizando esta información como sustento de las intervenciones terapéuticas.

Judd & Wilson (2005) señalan como estrategias para facilitar la construcción y sostenimiento de una Alianza de Trabajo: (1) no cuestionar las esperanzas del paciente; (2) monitorear y mantener el nivel de compromiso del paciente con el proceso; (3) sostener un sentimiento básico de esperanza en el paciente y en la dupla; (4) establecer metas a corto plazo; (5) facilitar el análisis y autorreflexión con una lógica de pasos; (6) utilizar experimentos conductuales para acordar expectativas y promover el insight; (7) comunicarse con el paciente de forma consistente con su estilo de apego (Prigatano, en prensa).

Quisiera finalmente señalar que la potencialidad clínica de la Alianza de Trabajo radica también en posibilitar la construcción y sostenimiento de un ambiente sin amenazas, que permita al yo del paciente explorar y enfrentar las demandas de un medio interno y externo sin reacciones catastróficas (Goldstein, 1952). Desde esta perspectiva, la Alianza de Trabajo parece tener un rol nuclear en la reparación –y en algunos casos generación– de un espacio intermedio, al cual no se le presentan exigencias, y cuya única finalidad es proporcionar descanso a un individuo dedicado a la perpetua tarea humana de mantener separadas, y a la vez interrelacionadas, la realidad interna y externa (Winnicott, 2002). Éste es sin dudas el componente central de todos los programas de orientación ambiental (Trexler, 2000, Ben-Yishay, 1996). Además, la Alianza de Trabajo es de incalculable valor para posibilitar el diseño conjunto de modificaciones ambientales y metabolizaciones afectivo-cognitivas en pacientes con LCA. Estos dos vértices del trabajo terapéutico ilustran una posible utilización de los conceptos winnicottianos de “Handlig” y “Holding”, respectivamente (Winnicott, 1993). Al igual que una madre con su bebé, el equipo necesita simbólica y concretamente generar un área de descanso *en y para* el paciente, fortaleciendo la ilusión del dominio sobre la realidad, estado psíquico cardinal en la consolidación de la exploración y autonomía social y laboral.

TRANSFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA

La evidencia señala que incluso pacientes densamente amnésicos preservan una compleja capacidad de aprendizaje emocional (Turnbull & Evans, 2006). No parecería extraño, entonces, considerar la persistencia

de cambios en las relaciones interpersonales a pesar de un severo daño neurológico (Turnbull, Zois, Kaplan-Solms & Solms, 2006). Éste es un sólido argumento para instalar una reflexión sobre el lugar de la transferencia/contratransferencia (T-CT) en la psicoterapia con sobrevivientes de LCA.

Un supuesto desafortunado de las personas que trabajan con sobrevivientes de LCA es creer que el daño neurológico despoja la complejidad y dinamismo de la experiencia subjetiva de un paciente. Debo decir, al respecto, que un cerebro sin dinanismos, por muy básicos que éstos sean, es un cerebro muerto. Otra posible causa a la reticencia a incorporar el constructo T-CT parece relacionarse con la excesiva sofisticación del concepto de transferencia, olvidando su naturaleza primitiva, arraigada en la dependencia de estructuras de desarrollo temprano, las cuales muchas veces permanecen intactas luego de lesiones corticales. Para efectos de un análisis dialogante entre psicoanálisis y neurociencia, defino la transferencia, para fines de este artículo, como una propiedad cotidiana, inherente al organismo y a la cualidad predictora del cerebro (Pally, 2007) como órgano de adaptación y supervivencia. Enfatizo aquí también una lectura de la transferencia como fenómeno perceptual (Pincus, Freeman & Modell, 2007), que organiza el escenario sensorial en base a expectativas (Kaplan & Solms, 2005), desplegando patrones interaccionales aprendidos que regulan la homeostasis mutua.

Un observable que justifica la necesidad de considerar los fenómenos T-CT en la comprensión de las dinámicas terapeuta-equipo/paciente-familia, son las reacciones afectivas negativas que emergen y se escenifican. Cuando los esperados avances no se manifiestan o las expectativas no se logran, puede acontecer un círculo vicioso de hostilidad, agresión y culpabilización mutua entre terapeuta-equipo/paciente-familia (McLaughlin & Carey, 1993), como expresión de la frustración e impotencia (Gans, 1983).

No obstante, el principal argumento para justificar la necesidad de incorporar el fenómeno T-CT en el abordaje de sobrevivientes de LCA, radica en que este constructo posibilita al terapeuta acceder a los patrones que organizan la experiencia del paciente respecto a sí mismo y a los otros. Esta posibilidad es de incalculable valor al trabajar con personas cuyo yo generalmente no es capaz de sintetizar adecuadamente las percepciones y apercepciones, representar verbal o icónicamente estados internos, unir estados del Self pasados y presentes, o regular mentalmente la angustia. Las lesiones cerebrales suelen alterar comúnmente complejas funciones corticales relativas a la inhibición, planificación

y mentalización, generando estados del Self neurológicamente regresivos o fragmentarios, pero experimentados por el sobreviviente como estados psíquicos auténticos y urgentes. Producto de esto, y del carácter de crisis de la situación, diversos estados mentales y relacionales tempranos pueden estructurar el vínculo con el ambiente; dependencia total, parcialización del mundo objetal, ansiedades de desintegración o retraimiento narcisista.

Es inevitable tener una experiencia del paciente, y con el paciente, durante las sesiones de trabajo terapéutico. Y estas experiencias son de incalculable valor. Ya he subrayado cómo pueden informarnos de la subjetividad del sobreviviente (Salas, 2008, enviado a publicación). Lo que aún no he afirmado es que también permiten acceder a la experiencia de los otros en relación al paciente. Éste es un punto central. Como ha señalado Freed (2002), la LCA altera la posibilidad del encuentro de dos mentes, impactando la emergencia y calidad del

vínculo con los otros. Acceder a la contratransferencia permite informarnos de cómo los hijos(as), esposos(as), o padres pueden sentirse en relación con el paciente, y qué demandas experimentan al estar y vivir con ellos. En síntesis, el uso del constructo T-CT por parte del terapeuta permite articular tanto la experiencia del paciente como la de los seres significativos, ofreciendo una oportunidad para intervenir en dicha interacción, transformándola en un círculo virtuoso de mayor reciprocidad e intercambio.

Small ha señalado que uno de los principios del trabajo con sobrevivientes de LCA radica en considerar el delicado balance entre generalidad e individualidad del paciente (1980, citado en Miller, 1993). Si bien he enfatizado el peligro de aplastar la singularidad de los sobrevivientes bajo sus diagnósticos neurológicos (Salas, 2008, enviado a publicación), creo necesario para efectos de esta reflexión, reconsiderar la utilidad de la generalización a la luz del fenómeno T-CT. La razón de

Tabla 1
EXPERIENCIAS CONTRATRANSFERENCIALES EN DIVERSOS SÍNDROMES NEUROPSICOLÓGICOS

Síndrome	Alteraciones Neuropsicológicas	Vivencia Contratransferencial
Sd. Prefrontal Dorsolateral "Disejecutivos"	Trastorno de las Funciones Ejecutivas, especialmente de las que implican planificación, seguimiento y sostenimiento de objetivos. Perseveraciones y fallas en la flexibilidad cognitiva, conductas estímulo-dirigidas. Trastornos de la fluencia y programación motora.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ "Alteraciones cognitivas en la mente del terapeuta". ▪ Experiencia de "acoplamiento cognitivo". ▪ Sensación de "ser investido por el paciente". ▪ "Emociones desbordantes". ▪ "Angustia de conflicto".
Sd. Prefrontal Orbitofrontal "Alteración de la Personalidad"	Desinhibidos, impulsivos, irresponsables y con alteraciones en el juicio de la toma de decisiones. Moria, afecto inapropiado, indiferencia afectiva y cambios de humor. Distractibilidad.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ "Erotización" o "temor a ser agredido". ▪ "Sentirse manipulado". ▪ Movilización a "establecer reglas", "rigidizarse" o "castigar". ▪ "Dificultad en detectar la angustia del paciente"
Sd. Prefrontal Cingular-Medial "Apáticos"	Faltos de voluntad, motivación, iniciativa o espontaneidad.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ "Incredulidad frente al déficit". ▪ "Depresión Blanca". ▪ "Frustración" y "rabia por ausencia de voluntad al cambio". ▪ "Necesidad de activar" y sensación de "ser intrusivo". ▪ "Sensación de atenuación de los afectos"
Sd. Hemisferio Derecho "Introvertidos"	Anosognósicos, negligentes, confabuladores. Alteraciones pragmáticas de la comunicación.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ "Desorientación", ▪ "Desconexión". ▪ Sentimiento de "no existir para el paciente" o de "ser un personaje del mundo del paciente". ▪ "Retraimiento Narcisista" ▪ Pánico, "Angustia de fragmentación"
Estados Vegetativos o Estados de Mínima Respuesta	Sin conexión al medio o con respuestas gruesas y generalizadas frente a estímulos.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ "Contratransferencia de eco". ▪ Sentimientos de "vacío", "muerte" y "culpa". ▪ Movilización a "vitalizar": "Omnipotencia"

esta línea de pensamiento se cimenta en la experiencia psicoterapéutica con diversos síndromes neuropsicológicos, y las recurrentes, y distintas vivencias contratransferenciales que emergen al relacionarse con cada uno de estos grupos. Utilizaré para iluminar este punto la clasificación de síndromes neuropsicológicos de la lesión del lóbulo prefrontal.

La literatura ha descrito tres grandes síndromes causados por lesiones en áreas anatómicamente diferentes de la corteza prefrontal: dorsolateral, orbitofrontal y cingular-medial, trazando correlatos cognitivos, conductuales y afectivos en cada caso (Jodar-Vicente, 2004; Estévez-González, García-Sánchez & Barraquer-Bordas, 2000). La hipótesis de trabajo aquí es la siguiente: la comprensión de las diversas dinámicas neuropsicológicas es posible de ser enriquecida por medio del análisis de los correlatos transferenciales y contratransferenciales (Kaplan-Solms & Solms, 2005). Y el argumento es sencillo ¿por qué el daño cerebral impactaría sólo las funciones psicológicas simples y personales, y no la experiencia psicológica que otros tienen al relacionarse con el sobreviviente? Reflexionar estos fenómenos desde este punto de vista nos empuja más allá de la Neuropsicología de Superficie –que considera una comprensión unipersonal e intrapsíquica de la cognición, afecto y conducta–, hacia una Neuropsicología

Profunda (Turnbull & Solms, 2005; Turnbull & Solms, 2004) e Intersubjetiva. En la Tabla 1 señalo algunas experiencias contratransferenciales con diversos cuadros neuropsicológicos. Al ser experiencias radicalmente subjetivas, y no podría ser de otro modo al hablar de contratransferencia, quedan sujetas a la necesidad de contrastación con la experiencia que otros terapeutas puedan tener con estas subpoblaciones.

USOS DEL APARATO MENTAL DEL PSICOTERAPEUTA

Por uso del aparato mental del psicoterapeuta refiero tanto a una derivación del concepto de contratransferencia, como a una función humana básica relativa a la utilización del mundo y sus objetos para la actualización de seres potenciales (Bollas, 1993). Y esto lo señalo en el amplio sentido que el concepto lo permite, desde la supervivencia hasta la emergencia de aspectos verdaderos del Self. En este sentido, debemos considerar la mente del terapeuta, y sus funciones cognitivas y afectivas, como la extensión ambiental de un organismo que no puede enfrentar las demandas internas y externas de la realidad por sí solo. Ningún paciente con daño neurológico nos usa de la misma manera. Y esto no sólo refiere a las infinitas disposiciones transferen-

Tabla 2
SÍNDROMES NEUROPSICOLÓGICOS Y POSIBLES USOS DEL TERAPEUTA

Síndrome	Usos del Terapeuta
Sd. Prefrontal Dorsolateral "Disejecutivos"	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conectar ideas con palabras ▪ Conectar afectos con representaciones ▪ Hilvanar narrativas ▪ Reflejar información sobre sí ▪ Auxiliar en resolución de problemas ▪ Incorporar la información del punto de vista del otro ▪ Andamiaje de la Fantasía
Sd. Prefrontal Orbitofrontal "Alteración de la Personalidad"	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Encarnar el dolor del otro ▪ Encarnar la Ley y generar conflicto ▪ Activar valencias negativas de experiencias
Sd. Prefrontal Cingular-Medial "Apáticos"	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Detectar estados internos. ▪ Ayudar a transmitir estados internos a otros ▪ Ofrecer Objetos de uso. ▪ Proteger funcionamiento articulado por motivaciones básicas
Sd. Hemisferio Derecho "Introvertidos"	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Regular angustia Automática. ▪ Hacer el mundo predecible ▪ Cohesionar temporal y espacialmente el Self. ▪ Representar mentalmente limitaciones ▪ Aumentar conciencia de impacto en otros
Estados Vegetativos o Estados de Mínima Respuesta	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Subjetivizar al paciente ▪ Significar estados corporales ▪ Aliviar estados corporales de displacer.

ciales de un carácter sino también a las necesidades de un cerebro que lucha por relacionarse con el ambiente y sostener una coherencia de sí.

Generalmente se tiende a hablar de los usos del yo del terapeuta, como un yo auxiliar que compensa las limitaciones del yo del paciente. Esta perspectiva posee dos inconvenientes. Primero, al utilizar la calificación de "auxiliar" no se logra captar la profunda implicancia del uso del otro como un objeto del Self que modifica las contingencias ambientales. Segundo, simplifica en exceso la comprensión de las estructuras neurodinámicas del terapeuta que son reclutadas. Sin dudas en muchos casos el yo del terapeuta deberá representar un afecto, o reunir los elementos necesarios para enjuiciar la realidad. En otros, el terapeuta será movilizado hacia sus instintos para detectar los objetos que pueden despertar los sistemas pulsionales. O también apelar a las convenciones sociales que ha internalizado para regular la experiencia de no encontrar límites. Quizás el lector advierte que estas reflexiones suponen un modelo dinámico clásico de la mente. La razón de su uso radica en que el modelo estructural, a pesar de sus limitaciones, abre numerosas puertas para un diálogo inicial entre psicoanálisis y neurociencia (ver Solms, 2004).

En la Tabla 2 señalo algunos posibles usos del terapeuta, que se desprenden de la experiencia T-CT con el paciente. Enfatizo que estos usos espontáneos que el organismo del paciente realiza del ambiente y del terapeuta, son elementos clave para construir intervenciones simbólicas (representación de experiencias, elaboración del trauma o proceso de duelo) y ambientales (disminución de estímulos, orientación temporoespacial, regulación externa de la conducta).

CONCLUSIÓN

En el presente artículo he intentado desarrollar una visión de la Rehabilitación Neuropsicológica que pretenda no sólo hacerse cargo de la "mente desorganizada" del paciente sino también de su "alma herida" (Prigatano, 1991). He querido profundizar el significado de la "rehabilitación ambientalmente orientada" (Ben-Yishay, 1996), señalando que la esencia del proceso rehabilitador radica en facilitar la lucha de todo organismo con las demandas ambientales internas y externas. Los diversos síndromes neuropsicológicos instalan a los pacientes en particulares formas de existir, muchas veces ajenas e incomprensibles para quienes los rodean. Pero formas de existir al fin. La comprensión de estas condiciones existenciales, de estos "territorios marcianos" (Sacks, 2001), por medio de herramientas psicoanalíticas, como la Alianza de Trabajo, T-CT, y usos del terapeuta,

permite acceder tanto a la experiencia del paciente como al impacto y demandas que éste instala en quienes le rodean. Es así como el constructo T-CT ofrece nuevas herramientas a la investigación neuropsicológica, e intervención psicoterapéutica, especialmente si consideramos que los pacientes con LCA poseen enormes dificultades en organizar y comunicar su experiencia. La relevancia de acceder a esta información fenomenológica del paciente, en relación con el mundo, es un punto crucial a la hora de diseñar e implementar un ambiente *suficientemente seguro*, compensando los déficits cognitivo-conductuales y permitiendo sostener un sentido de continuidad y dignidad humana.

REFERENCIAS

1. Ben-Yishay Y. (1996) Reflections on the Evolution of the Therapeutic Milieu Concept. *Neuropsychological Rehabilitation*, 6 (4), 327-343
2. Ben-Yishay Y. (2000) Postacute Neuropsychological Rehabilitation. A Holistic Perspective. En: Christensen A, Uzzell P. (Eds.), *International Handbook of Rehabilitation*. Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York, pp. 127-135
3. Bollas C. (1993) *Fuerzas de Destino. Psicoanálisis e Idioma Humano*. Amorrortu Editores, Buenos Aires
4. Butler R, Satz P. (1988) Individual Psychotherapy with Head-Injured Adults: Clinical notes for the Practitioner. *Professional Psychology: Research and Practice*, 19, (5) 536-541
5. Coetzer R. (2007) Psychotherapy following Traumatic Brain Injury: Integrating Theory and Practice. *Journal of Head and Trauma Rehabilitation*, 22 (1), 39-47
6. Dewar KB, Gracey F. (2006) "Am not was": Cognitive-behavioural therapy for adjustment and identity change following herpes simplex encephalitis. *Neuropsychological Rehabilitation*
7. Estévez-González A, García-Sánchez C, Barraquer-Bordas LI (2000) Los lóbulos frontales: el cerebro ejecutivo. *Revista de Neurología*, (31) 566-577
8. Freed P (2002) Meeting of the minds: Ego reintegration after traumatic brain injury. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 66, 1, 61-78
9. Gans J (1983) Hate in the rehabilitation setting. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 64: 176-179
10. Gracey F, Oldham P, Kritzinger R (2007) Finding out if "The 'me' will shut down": Successful cognitive-behavioural therapy of seizure-related panic symptoms following subarachnoid haemorrhage: A single case report. *Neuropsychological Rehabilitation*, 17:1, 106-109
11. Goldstein K. (1952) The effects of brain damage on the personality. *Psychiatry*, 15, 245-260
12. Grosvasseer Z, Stern M. (1998) A psychodynamic model of behavior after acute central nervous system damage. *The Journal of Head and Trauma Rehabilitation*, 13, 1, 69-79
13. Jodar-Vicente M (2004) Funciones cognitivas del lóbulo frontal. *Revista de Neurología*, 39 (2): 178-182
14. Judd, D, Wilson SL. (2005) Psychotherapy with brain injury survivors: An investigation of the challenges encountered by clinicians and their modifications to therapeutic practice. *Brain Injury*, 19 (6): 437-449
15. Kandel E. (1999) Biology and the Future of Psychoanalysis: a New Intellectual Framework for Psychiatry Revisited. *American Journal of Psychiatry*, 156, 505-524

16. Kaplan-Solms K, Solms M (2005) *Estudios Clínicos en Neuropsicología*. Fondo de Cultura Económica, Bogotá
17. Lustig D, Strausser D, Weems G, Donnell C, Smith L. (2003) Traumatic Brain Injury and rehabilitation Outcomes: Does the working alliance make a difference? *Journal of Applied Counseling*, 34, 4; 30-38
18. Miller L. (1993) *Psychotherapy of the Brain-Injured patient*. W.W. Norton & Company, New York
19. McLaughlin AM, Carey JL (1993) The adversarial alliance: Developing therapeutic relationships between families and team in brain injury rehabilitation. *Brain Injury*, 3: 45-51
20. Pally R (2007) The predicting brain: Unconscious repetition, conscious reflection and therapeutic change. *International Journal of Psychoanalysis*, 88, 861-881
21. Pincus D, Freeman W, Modell A. (2007) A neurobiological model for perception: considerations for transference. *Psychoanalytic Psychology*, 24(4) 623-640
22. Prigatano GP, Klonoff PS (1988) Psychotherapy and neurological assessment after brain injury, 3(1) 45-56
23. Prigatano GP (1991) Disordered mind, wounded soul: The emerging role of psychotherapy in rehabilitation after brain injury. *Journal of Head and Trauma Rehabilitation*, 6 (4): 1-10
24. Prigatano GP, Klonoff PS, O'Brien KP, et al., (1994) Productivity after neuropsychologically oriented milieu rehabilitation. *Journal of Head and Trauma Rehabilitation*, 9; 91-102
25. Prigatano G (en prensa) Neuropsychological Rehabilitation and Psychodynamic Psychotherapy
26. Prigatano G (1999) *Principles of Neuropsychological Rehabilitation*. Oxford University Press, New York
27. Sacks O (2001) *Un Antropólogo en Marte*. Ed. Anagrama, Barcelona
28. Salas C, Báez M, Garreaud A, Daccarett C. (2007) Experiencias y desafíos en rehabilitación cognitiva: ¿Hacia un modelo de intervención contextualizado? *Revista Chilena de Neuropsicología*, 2, 21-30
29. Salas C. (2008) Psicoterapia e Intervenciones Terapéuticas en sobrevivientes de Lesión Cerebral Adquirida (enviado a publicación)
30. Solms M (2004) Freud Returns. Scientific American Inc
31. Solms M, Turnbull O (2005) *El cerebro y el mundo interior. Una introducción a la neurociencia de la experiencia subjetiva*. FCE, México
32. Trexler L. (2000) Empirical Support for Neuropsychological Rehabilitation. En: Christensen AL, Uzzell B (Eds). *International Handbook of Neuropsychological Rehabilitation*. Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York
33. Turnbull O, Solms M (2004) Depth psychological consequences of brain damage. En: Pankseep J (Ed.) *Textbook of Biological Psychiatry*. Wiley-Liss, Inc, New Jersey
34. Turnbull O, Evans C. (2006) Preserved complex emotion-based learning in amnesia. *Neuropsychology*, 44 (2006) 300-306
35. Turnbull O, Zois E, Kaplan-Solms K, Solms M. (2006) The developing of transference in amnesia: changes in interpersonal relationships despite profound episodic-memory loss. *Neuropsychology*, 8, 2, 199-204
36. Winnicott D (1993) *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios de una teoría del desarrollo emocional*. Paidós, Buenos Aires
37. Winnicott D (2002) *Realidad y Juego*. Ediciones Gedisa, Barcelona
38. Zetzel E (1956) Current concepts on transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 369-376

DOCENCIA

PSIQUIATRÍA Y TEORÍA DE LA EVOLUCIÓN DE LAS ESPECIES: SU ENSEÑANZA EN LA RESIDENCIA DE POSTGRADO EN MÉRIDA, VENEZUELA

(Rev GPU 2008; 4; 2: 221-225)

Trino Baptista¹, Félix Angeles², Elis Aldana³

En el presente trabajo de revisión general se describe un curso formal sobre la aplicación a la psiquiatría de la teoría darwiniana sobre la evolución de las especies. Luego de presentar el contenido del curso, se describen algunas críticas sobre la utilidad clínica y científica de tal información en el campo de la salud mental. Finalmente se invita a una discusión interdisciplinaria para estimular la investigación básica, clínica y pedagógica sobre el tema.

INTRODUCCIÓN

La Teoría de la Evolución de las Especies por Selección Natural propuesta por Charles Darwin, y su versión actual que incorpora la información derivada de la genética, es un componente fundamental del conocimiento moderno (1).

La aplicación de la teoría evolutiva es evidente en numerosas áreas de la medicina contemporánea tales como la microbiología, la inmunología y la oncología (2). La psiquiatría y la neurología junto a la psicología encuentran en la teoría evolutiva un pilar fundamental. Sin embargo, en el caso particular de la

psiquiatría, la teoría evolutiva rara vez se discute formalmente en los estudios de postgrado (3). A partir de la segunda mitad del siglo XX diversos autores han realizado contribuciones relevantes para la psiquiatría, y pareciera que se ha alcanzado un umbral para que el tema sea incorporado a la enseñanza psiquiátrica académica (4).

En el presente trabajo se describe en primer lugar un curso de aplicación de la teoría evolutiva a la psiquiatría, el cual se dicta en el segundo semestre del postgrado en la Universidad de los Andes, Mérida, Venezuela. El curso en cuestión está integrado a un programa de Neurofisiología para estudiantes de psiquiatría (5).

¹ Psiquiatra. Autor a quien debe dirigirse la correspondencia: Departamento de Fisiología, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Mérida, Venezuela; Dirección Electrónica: trinbap@yahoo.com

² Psiquiatra, Unidad de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Mérida, Venezuela.

³ Biólogo, Escuela de Biología, Facultad de Ciencias, Universidad de los Andes, Mérida, Venezuela.

En la segunda parte de este artículo se presenta una Discusión General y se brindan algunas sugerencias para estimular el interés de la comunidad psiquiátrica en el tema.

CONTENIDO DEL CURSO

El contenido del curso y sus fundamentos científicos se encuentran descritos en profundidad en otras publicaciones (3, 5). Presentamos a continuación el Programa del mismo, y al final de cada tema se describe la bibliografía fundamental que sustenta cada sección. A fin de ilustrar los cambios progresivos en el contenido del curso, se han mantenido las publicaciones originales, algunas de las cuales ya están desactualizadas.

Tema 1

- a) La Teoría de la Evolución de las Especies por Selección Natural y Mutación (2, 6).
- b) Mecanismos y consecuencias de la evolución: adaptación, “adaptations” y “exaptations” (2,6).
- c) Aplicaciones de la teoría evolutiva en la psiquiatría contemporánea:
 - c.1) El trastorno mental como una manifestación del desfase entre las propensiones biológicas propias del ser humano y el ambiente social actual (7).
 - c.2) El trastorno mental como una “Adaptación” (8).
 - c.3) Una definición de enfermedad mental basada en conceptos de biología evolutiva (9,10).

Tema 2

- a) Nociones fundamentales de genética: el genoma, la síntesis de proteínas, concepto y tipos de mutaciones (11).
- b) Métodos genéticos en psiquiatría: estudios de familia, de adopción, de gemelos (12).
- c) Estudios de asociación de genes específicos (13).

Tema 3

- a) Organización funcional del sistema nervioso; localización de las funciones mentales: localización vs. no localización (14).
- b) El potencial de membrana neuronal (15).
- c) Mensajeros extra e intracelulares. (15)
- d) La sinapsis. Principales neurotransmisores: síntesis, vías, regulación (15).

Tema 4

Las bases neurales de:

- a) Las emociones (16).
- b) El aprendizaje (17).
- c) La memoria (18).

Tema 5

- a) Etología: concepto e historia (19,20).
- b) La Impronta y sus características (21).
- c) Los Patrones Fijos de Acción y los Programas Centrales. Relevancia para la psicología y la psiquiatría (22).

Tema 6

- a) Sociobiología: concepto e historia (23,24).
- b) Postulados básicos de la Sociobiología (24).
- c) Conceptos clave de la Sociobiología: “El Éxito Reproductivo Inclusivo”. Relevancia para la psicología y la psiquiatría (23-26).

Tema 7

Análisis integral de las bases biológicas de algunos trastornos mentales: esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión, trastorno obsesivo-compulsivo, etcétera. (Figura 1) (27-29).

Tema 8

- a) Las bases biológicas de la psicoterapia (17,30).
- b) La psicoterapia como un proceso de aprendizaje y reaprendizaje (17, 30).

Tema 9

Teorías de la Normalidad Psicológica (31).

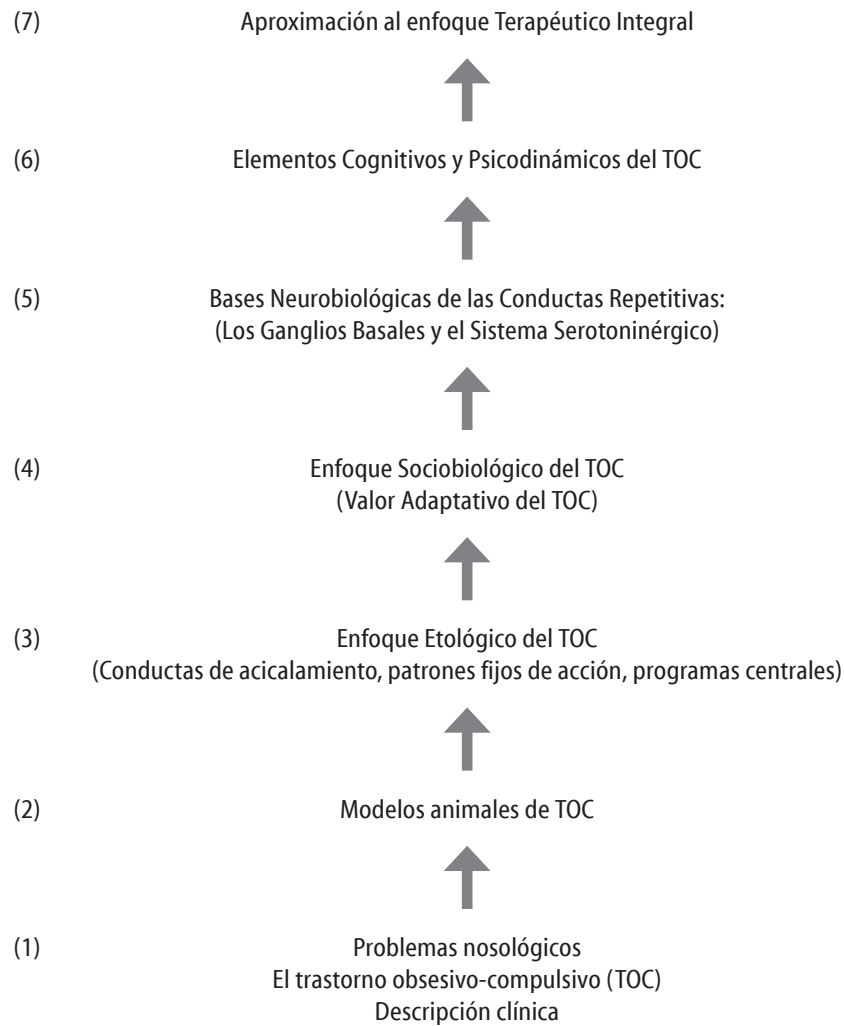
Tema 10

Un modelo integral de la mente (32,33).

El objetivo central del curso es que el estudiante realice un análisis de algunos trastornos mentales que incorpore conceptos etológicos y sociobiológicos. Asumimos que tales conceptos están conectados directamente con la teoría evolutiva. La Figura 1 presenta, a manera de ejemplo, el análisis de los trastornos mentales que se realiza en el curso, en este caso con relación al trastorno obsesivo-compulsivo.

Figura 1

EJEMPLO DEL ANÁLISIS INTEGRAL DE LOS TRASTORNOS MENTALES: EL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO. LOS PUNTOS (2-7) CORRESPONDEN A LOS ASPECTOS DISCUTIDOS ESPECÍFICAMENTE EN EL CURSO DE LAS BASES BIOLÓGICAS DE LA PSIQUIATRÍA (27-29) (TOMADO DE LA REF. # 5).



DISCUSIÓN GENERAL

La teoría de la evolución de las especies por selección natural ofrece aplicaciones relevantes para la psiquiatría (7-10). Los autores enviaron una carta a todos los postgrados de psiquiatría en Canadá durante el año 2001 preguntando explícitamente si su programa docente incluía la discusión formal de la aplicación de la teoría evolutiva en la psiquiatría. La respuesta fue negativa en la totalidad de los mismos (3). Si bien no existe información publicada al respecto, es posible especular por lo tanto que muy pocos programas de residencia en psiquiatría en el mundo incluyen tal información. Este

hecho es lamentable, más aún si se toma en cuenta la calidad y cantidad creciente de información producida por autoridades en el área, que se ilustra bien en un número reciente dedicado por entero al tema en la revista Canadiense *Progress in NeuroPsychopharmacology and Biological Psychiatry* (34-39).

La experiencia de los autores durante 21 años en el postgrado de psiquiatría de la Universidad de los Andes, Mérida, Venezuela, es que la mayoría de los estudiantes y colegas encuentran que la información suministrada es interesante desde el punto de vista académico y teórico, sin embargo en general, les es difícil incorporar el conocimiento adquirido en su práctica profesional

cotidiana. Una conclusión parecida fue expresada por McNally (40) con relación a la utilidad de los conceptos de adaptación y “exaptation” (41) en la psiquiatría y psicología contemporáneas. El citado autor propone que en el momento actual del conocimiento es preferible un abordaje no-histórico (en el sentido de la biología evolutiva) de los trastornos mentales.

Por otro lado, en el campo de la investigación científica está mucho más clara y explícita la necesidad de incorporar los conocimientos de la biología evolutiva, por ejemplo en la selección de modelos animales adecuados para la exploración de fenómenos clínicos (39).

A esta polémica se suma la separación propuesta entre la “Psicología Evolutiva” (véanse por ejemplo las referencias 42 y 43) y la “Psiquiatría Evolutiva” (por ejemplo la referencia 44). De acuerdo a algunos autores (39) la psicología evolutiva tiene poca aplicación clínica por referirse a rasgos propios de la especie humana y por lo tanto con poca heredabilidad. Otros autores opinan que se trata ésta de una separación artificial y que conceptos tan preciados por la psicología evolutiva como las diferencias entre los sexos, los conflictos entre hermanos e intergeneracionales y la dinámica de la reciprocidad y cooperación social (por ejemplo el fenómeno del “tit for tat” y del “dilema de los prisioneros” [42]) tienen una amplia aplicación clínica (Sarah Eve Lipton, comunicación personal, Diciembre 2007).

Finalmente, un tema de intensa discusión en la actualidad es las llamadas polémica entre las posturas “adaptacionistas” y “no adaptacionistas”, en la cuales se evalúa si el concepto de “adaptación” se ha exagerado hasta extremos que no son sustentados científicamente (45).

La discusión anterior demuestra, entre otras cosas, la necesidad de que se profundice la cooperación entre los investigadores de diversas disciplinas para optimizar paradigmas experimentales y estrategias docentes y terapéuticas que se beneficien del amplio conocimiento obtenido en los últimos años sobre los mecanismos y consecuencias de la evolución de las especies por selección natural (46).

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Si bien se ha alcanzado un nivel suficiente de conocimiento relevante sobre la aplicación de la teoría de la evolución de las especies a la psiquiatría, pocos cursos de postgrado ofrecen una discusión formal sobre este tema. Recomendamos la interacción entre investigadores de diversas disciplinas para estimular el interés del cuerpo psiquiátrico docente. Esperamos que el presente trabajo permita abrir un amplio foro de discusión.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo fue financiado por FONACIT, proyecto G-2005-000-384, Caracas, Venezuela.

REFERENCIAS

1. Culotta E. Science's 20 greatest hits take their lumps. *Science* 1990; 251: 1308-1309
2. Zimmer C. *Evolution: The Triumph of an Idea*. Harper Collins, New York, 2001
3. Baptista T, Aldana E, Angeles F, Beaulieu S. Evolution theory: an overview of its applications in psychiatry. *Psychopathology* 2008; 41: 17-27
4. Abed RT. Psychiatry and Darwinism: time to reconsider? *Br J Psychiatry* 2000; 177: 1-3
5. Baptista T. The teaching of the biological basis of psychiatry. *Prog. NeuroPsychopharmacol & Biol. Psychiat.* 1995; 19: 529-540
6. Darwin C. *The Origin of Species*. Modern Library, New York, 1993
7. Glantz K, Pearce J. *Exiles from Eden: Psychotherapy from an Evolutionary Perspective*. Norton, New York, 1989
8. Nesse RM. Is depression an adaptation? *Arch Gen Psychiatry* 2002; 57: 14-20
9. Wakefield JC. Disorder as harmful dysfunction: a conceptual critique of DSM-III-R's definition of mental disorder. *Psychol Rev* 1992; 99: 232-247
10. Wakefield JC. Evolutionary versus prototype analysis of the concept of disorder. *J Abnorm Psychol* 1999; 108: 374-399
11. Futuyma D. *Evolutionary Biology*. Sunderland, Sinauer Associates, 1998
12. Rainer JD. Genetics and psychiatry. In: Kaplan HI, Sadock BJ (Eds.). *Comprehensive Textbook of Psychiatry/IV*. Williams & Wilkins, Baltimore, 1985, p. 2541
13. The Wellcome Trust Case Control Consortium. Genome-wide association study of 14,000 cases of seven common diseases and 3,000 shared controls. *Nature*. 2007; 447[7 June] doi:10.1038/nature05911
14. Kuppferman I. Localization of higher cognitive and affective functions: the association cortices. In: Kandel ER, Schwartz JH, Jessell TM. (Eds.). *Principles of Neural Science*. Elsevier Science Publishing Co., Inc., New York, 1991, pp. 620-636
15. Ganong WF. *Fisiología Médica*. 20ª edición. Manual Moderno. Mexico 2006; cap. 2 & 4
16. Iversen S, Kupfermann I, Kandel ER. Estados emocionales y sentimientos. En: Kandel ER, Schwartz JH, Jessell TM. *Principios de Neurociencia*. McGraw-Hill-Interamericana, Madrid, 2001, cap. 50
17. Kandel ER, Kupfermann I, Iversen I. Aprendizaje y memoria. En: Kandel ER, Schwartz JH, Jessell TM. *Principios de Neurociencia*. McGraw-Hill-Interamericana, Madrid, 2001, cap. 62
18. Kandel ER. Mecanismos celulares del aprendizaje y sustrato biológico de la individualidad. En: Kandel ER, Schwartz JH, Jessell TM. *Principios de Neurociencia*. McGraw-Hill-Interamericana, Madrid, 2001, cap. 63
19. Eibl-Eibesfeldt I. *Human Ethology: Foundations of Human Behavior*. De Gruyter, New York, 1989
20. Tinbergen N. *The Study of Instinct*. Oxford University Press, London, 1951
21. Demaret A. *Etología y Psiquiatría*. Ed. Herder, Barcelona, 1983

22. Kuppferman I. Genetic determinants of behavior. In: Kandel ER, Schwartz JH, Jesse1 TM (Eds.). *Principles of Neural Science*. Elsevier Science Publishing Co., Inc., New York, 1991, pp. 964-996
23. Wilson EO. *Sociobiology: The New Synthesis*. Harvard University Press, Cambridge, 1975
24. Barash DP, Lipton JE. Sociobiology. In: Kaplan HI, Sadock BJ (Eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry/IV*. Williams & Wilkins, Baltimore, 1980, pp. 70-77
25. Dickemann M. Human sociobiology: the first decade. *New Scientist* 1985 a: 38-42
26. Wenegrat B. *Sociobiological Psychiatry*. Ed. Lexington Books, Massachusetts, 1990, p. 177
27. Evarts EV, Kimura M, Wurtz RH, Hokosak O. Behavioral correlates of activity in basal ganglia neurons. *Trends Neurosci* 1984; 447-453
28. Nemiah JC, Udhe TW. Obsessive-compulsive disorders. In: Kaplan HI, Sadock BJ (Eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry/IV*. Williams & Wilkins, Baltimore, 1989, pp. 984-999
29. Rappoport JL, Ryland DH, Kriete M. Drug treatment of canine acral lick: an animal model of obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 9: 517-521
30. Kandel E. From metapsychology to molecular biology: explorations into the nature of anxiety. *Am J Psychiatry* 1983; 140: 1277-1293
31. Offer D, Sabshin M. Normality. In: Kaplan HI, Freedman AM, Sadock BJ (Eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry/III*. Williams & Wilkins, Baltimore, 1980, pp. 608-613
32. Wallace ER. Mind-Body. Monistic dual aspects interactionism. *J Nerv Ment Dis* 1988; 76: 4-21
33. Pinker S. *How the Mind Works*. Norton, New York, 1997
34. Stein DJ. Evolutionary theory, psychiatry, and psychopharmacology. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2006; 30: 766-773
35. Panksepp J. Emotional endophenotypes in evolutionary psychiatry. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2006; 30: 774-784
36. Crow TJ. March 27, 1827 and what happened later: the impact of psychiatry on evolutionary psychiatry. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2006; 30: 785-796
37. Burns JK. Psychosis: a costly by-product of social brain evolution in *Homo sapiens*. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2006; 30: 797-814
38. Allen NB, Badcock PBT. Darwinian models of depression: a review of evolutionary accounts of mood and mood disorders. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2006; 30: 815-826
39. Bracha HS. Human brain evolution and the 'Neuroevolutionary Time-Depth Principle': implications for the reclassification of fearcircuitry-related traits in DSM-V and for studying resilience to warzone-related posttraumatic stress disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2006; 30: 827-853
40. McNally RJ. On Wakefield's harmful dysfunction analysis of mental disorder. *Behav Res Ther* 2001; 39: 309-314
41. Gould SJ, Lewontin RC. The spandrels of San Marco and the Panglossian paradigm: a critique of the adaptationist programme. *Proc R Soc Lond B Biol Sci* 1979; 205: 581-598
42. Badcock C. *Evolutionary Psychology: A Critical Introduction*. Polity Press, Cambridge, 2000
43. Panksepp J, Panksepp JB. The seven sins of evolutionary psychology. *Evolution Cognition* 2000; 6: 108-131
44. Stevens A, Price J. *Evolutionary Psychiatry. A New Beginning*. Routledge, London, 2000
45. Dubrovsky B. Evolutionary psychiatry: adaptationist and non-adaptationist conceptualizations. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2002; 26: 1-19
46. Dover G. *Dear Mr. Darwin: Letters on the Evolution of Life and Human Nature*. Weidenfeld & Nicolson, London, 2000

EVALUACIÓN TERAPÉUTICA

DESARROLLO DE UN SISTEMA DE REGISTRO Y ALMACENAMIENTO DE INFORMACIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN UN HOSPITAL GENERAL (BDPS 1.1)

(Rev GPU 2008; 4; 2: 226-229)

Ramón Florenzano^{1,2}, Francisco Matta¹, Amparo Ruiz -Tagle¹,
Verónica Hasbún¹, Patricia Perales¹, Roberto Fasani^{1,2}

Se describe la base de datos utilizada en el Servicio de Psiquiatría del Hospital del Salvador (SPHDS) en Santiago de Chile, y el proceso de diseño de un formato homogéneo para todas las unidades del SPHDS, y así contar con datos utilizables para evaluar procesos y resultados terapéuticos. Se re-diseñó de la base que se usó hasta el 2005: un nuevo formato aplicado desde el 2006 que permite mejor acceso a la información sociodemográfica y clínica, y su rápida exportación desde Excel a SPSS. Dada la creciente importancia de la salud mental basada en la evidencia, este sistema permite construir indicadores de seguimiento de pacientes y comparar efectividad, eficacia y costo de diversas intervenciones.

Progresivamente se ha impuesto en los servicios de salud mental la necesidad de evaluar el impacto de los tratamientos (1-3). Para ello se han utilizado diversos instrumentos de medición como parte de protocolos de atención, para obtener datos válidos y confiables acerca de los resultados de los distintos tratamientos aplicados y así mejorar las prácticas terapéuticas. Estos indicadores son analizados estadísticamente considerando variables intervinientes de orden sociodemográfico y diagnóstico.

Estas bases sistemáticas permiten registrar datos sociodemográficos, clínicos e indicadores de cambio de los pacientes para su posterior análisis estadístico. Ellas deben ser mantenidas digitando rutinariamente los datos requeridos en la medida que los pacientes ingresan al sistema de atención, avanzan y completan sus tratamientos.

Desde el año 2003 el Servicio de Psiquiatría del Hospital del Salvador (SPHDS) ha estado en el proceso de diseñar y construir una base de datos con un forma-

¹ Servicio de Psiquiatría, Hospital del Salvador, Santiago de Chile.

² Facultad de Psicología Universidad del Desarrollo.

to único y homogéneo. El objetivo de este trabajo es comunicar el desarrollo e implementación del sistema BDPS de almacenamiento y registro de información sociodemográfica y clínica acerca de los pacientes atendidos en el SPHDS.

MATERIAL Y MÉTODO

Para la construcción de BDPS se usaron las bases existentes en cada unidad de tratamiento, identificando así sus necesidades de registro. Para la codificación de los datos sociodemográficos de los pacientes se integraron las categorías utilizadas por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) (4), y para la de los diagnósticos clínicos el Manual Diagnóstico de la OMS (CIE-10) (5).

En todas las unidades de tratamiento del SPHDS se utiliza el cuestionario OQ-45.2 (6) para la evaluación de impacto terapéutico. Este instrumento explora tres dimensiones del estado psíquico de los pacientes (síntomatología, relaciones interpersonales y rol social). A partir de sus subescalas se obtienen indicadores que permiten conocer la evolución de los pacientes, a través de aplicaciones sucesivas.

Dado que las unidades de tratamiento del SPHDS se especializan en el abordaje de diversas patologías, el formato de este sistema informático debía atender a todas sus necesidades y además posibilitar la fácil exportación de los archivos entre formatos Excel y SPSS. Por ello, BDPS cuenta con un sistema de codificación utilizado por toda la comunidad terapéutica del SPHDS. En el sistema previo cada unidad utilizaba códigos propios lo que dificultaba tanto la digitación de los datos como la comunicabilidad de los resultados.

La base BDPS considera tres grupos de variables: datos sociodemográficos de los pacientes, diagnóstico multiaxial en códigos CIE-10; e indicadores de la evaluación del impacto terapéutico obtenidos a través de la aplicación del cuestionario OQ-45.2, como se ve en las Tablas 1 y 2.

Tabla 1

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS QUE SE REGISTRAN EN LA BDPS (SERVICIO DE PSIQUIATRÍA HOSPITAL DEL SALVADOR 2006)

Número de Ficha	Teléfono	Estado Civil
Fecha de Ingreso	Comuna	Grupo Familiar
Nombre	Previsión	Religión
Rut	Escolaridad	Procedencia
Sexo	Ocupación	Derivación

Tabla 2

DATOS CLÍNICOS QUE SE REGISTRAN EN LA BDPS (SERVICIO DE PSIQUIATRÍA HOSPITAL DEL SALVADOR 2006)

Diagnóstico de Referencia	Antecedentes Personales
Riesgo Suicida	Antecedentes Familiares
Diagnóstico Multiaxial	Tipo de Tratamiento
Hospitalizaciones Previas	

Se ingresan las fechas de administración del Cuestionario OQ-45.2 con los puntajes de las subescalas y el puntaje total para cada una de las aplicaciones. El número de aplicaciones varía entre tres o más de acuerdo a la unidad de tratamiento en la que se ha atendido el paciente.

Para utilizar esta base se ha preparado material de apoyo, para la recolección de datos y para la digitación estandarizada de éstos. Los instrumentos aludidos son un cuestionario sociodemográfico (Anexo 1), y un manual de uso³ con instrucciones y códigos.

RESULTADOS

Desde enero de 2006 se implementó el nuevo sistema de registro y almacenamiento de datos del SPHDS (BDPS) y a partir de entonces se digita sistemáticamente desde el ingreso en la unidad de triage de los pacientes así como en las distintas unidades de tratamiento la base de datos con formato único homogéneo y estandarizado.

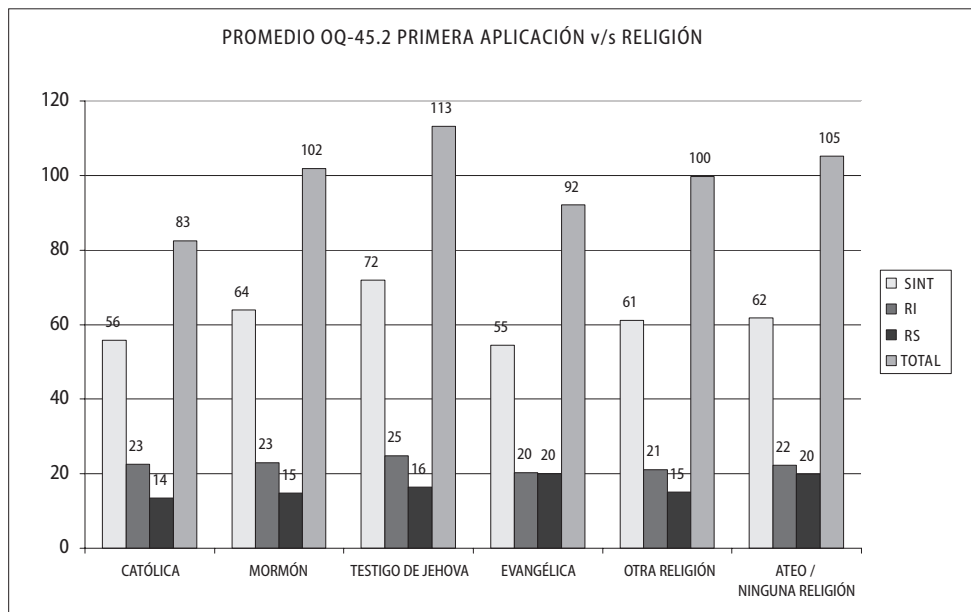
La base BDPS contiene actualmente la información de más de 8.000 pacientes que han ingresado durante este año, según las nuevas categorías de información propuestas. Esto ha permitido ampliar el espectro de variables susceptibles de ser analizadas estadísticamente en los estudios clínicos realizados y además medir el impacto terapéutico, entregados por el OQ-45.2, a la luz de distintas variables psicosociales.

A modo de ejemplo serán expuestas muestras aleatorias representativas de la población de los 798 pacientes ingresados al SPHDS desde enero hasta junio del 2006, mostrando los puntajes obtenidos en la primera aplicación del OQ-45.2 y dando cuenta del estado de salud mental del paciente al consultar por primera vez, en relación a características sociodemo-

³ Se puede tener acceso al manual de instrucciones de la base de datos consultando en el policlínico del SPHDS, o escribiendo a la dirección "<investigacionhds@gmail.com".

Gráfico 1

PROMEDIO DE PUNTAJE TOTAL PQ 45.2, PACIENTES INGRESADOS EN BASE BPDS, SERVICIO DE PSIQUIATRÍA HOSPITAL DEL SALVADOR, 2006



gráficas. A través de las tablas 3, 4 y 5 y los Gráficos 1 y 2 mostramos los diferentes cruces de variables que pueden realizarse a partir de los datos recolectados en la BDPS.

Tabla 3

PUNTAJES TOTALES PROMEDIO DE LA PRIMERA APLICACIÓN DEL OQ-45.2 EN PACIENTES EN LA BASE DE DATOS BPDS DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA HOSPITAL DEL SALVADOR, SEGÚN RANGOS DE EDAD DE ENTRE 15 Y 64 AÑOS (N=572)

Rangos de edad	15-24 (20,1%)	25-34 (21,3%)	35-44 (27,6%)	45-54 (17,7%)	55-64 (13,3%)
Totales en promedio	94	101	101	89	87

Tabla 4

RELIGIÓN DE 372 PACIENTES INGRESADOS EN LA BASE DE DATOS BPDS, SERVICIO DE PSIQUIATRÍA HOSPITAL DEL SALVADOR, 2006

Religión	Cuenta	% Total
Católica	227	63,6
Mormón	5	1,4
Testigo de Jehová	5	1,4
Evangélica	49	13,7
Otra religión	19	5,3
Ateo / Ninguna religión	52	14,5
Total	357	100

Tabla 5

PUNTAJES PROMEDIO DE SUBESCALAS EN LA PRIMERA APLICACIÓN DE OQ-45.2 SEGÚN SEXO DE PACIENTES INGRESADOS A LA BPDS DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL DEL SALVADOR (N=606)

Sexo	SINT	RI	RS	Total
Femenino (67,8%)	60	21	17	99
Masculino (32,3%)	50	20	15	85

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Dada la creciente importancia de la salud basada en la evidencia, el contar con un sistema de recolección de datos confiable y homogéneo permite construir indicadores de seguimiento de pacientes y comparar la efectividad, eficacia y costo de las diversas intervenciones terapéuticas. También permite el acceso fluido a la información de los pacientes, lo que facilita la comunicación entre los distintos profesionales del SPHDS, ya que es muy común en la atención psiquiátrica pública, tanto la coterapia como la derivación de pacientes entre las distintas unidades de atención.

Al contar con un instrumento (el cuestionario OQ-45.2), que permite la evaluación del impacto terapéutico arrojando datos cuantitativos, es necesario contar con un sistema de registro y almacenamiento de datos para su posterior análisis. Es por esto que la BDPS

se utiliza en muchos de los estudios realizados por la Unidad de Investigación del SPHDS, permitiendo contestar preguntas sobre distintas variables sociodemográficas y diagnósticas que intervienen en la evolución de las distintas patologías tratadas.

REFERENCIAS

1. Maruish ME. *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment*. Mahwah NJ, Erlbaum, 1997.
2. Gramegna G, Lora R, Ahumada P. Análisis base de datos unidad de hospitalización de corta estadía (UHCE). *Psiquiatría. Hospital Dr. Sótero del Río. Rev. Chil. de Neuro-Psiquiatría* 2006; 44 (1): 23-38.
3. Slade M, Kuipers E, Leese M, Cahill S, Parabiaghi A, Priebe S y Thornicroft G. Use of standardized outcome measures in adult mental health services: randomized controlled trial. *Br J Psychiatry* 2006;189 (4):23-29.
4. <http://www.ine.cl/cd2002/index.php>
5. Organización Mundial de la Salud. *Clasificación Internacional de Enfermedades*. Ginebra, Suiza, 1997.
6. De la Parra G, Von Bergen A. El instrumento OQ-45 que mide resultados terapéuticos como herramienta en la investigación psicoanalítica. *Rev Chil Psicoanálisis* 2000; 17(2): 143-156.

TEORÍA

CONVERGENCIAS EN TORNO AL CONCEPTO DE REPRESENTACIÓN Y SUS IMPLICANCIAS EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN¹

(Rev GPU 2008; 4; 2: 230-240)

Marcia Olhaberry² y Juan Pablo Jiménez³

La ciencia se ha desarrollado en torno a diversos paradigmas para el logro de conocimientos y cada paradigma favorece una forma particular de definir un problema, de elegir una metodología de trabajo y finalmente dirigir una investigación. Cuando los paradigmas no logran explicaciones para nuevos fenómenos, otros son creados, aunque con la dificultad de que en este proceso se superpongan distintas áreas del conocimiento y se pierdan los aportes de unas u otras. Buscando resolver esta problemática, especialmente en el conocimiento vinculado a la salud mental, resultan valiosos los planteamientos de Kendler (1) y Kandel(2), quienes señalan que el objeto de estudio de la Psiquiatría y la Psicología son las experiencias personales subjetivas que implican el reconocimiento de vida mental. Proponen resolver el dualismo mente/cuerpo considerando a ambos parte de un sistema integrado en funcionamiento, donde la vida mental no es un fruto de la actividad cerebral y existe una causalidad recíproca mente-cerebro, donde los trastornos mentales son fenómenos complejos en su etiología y estarían multi-determinados. En este sentido el pluralismo explicativo sería una alternativa para la comprensión y el abordaje del funcionamiento mental y la psicopatología, evitando la pugna entre diversos paradigmas e incorporando la complejidad de los fenómenos a partir del estudio de éstos basado en la evidencia empírica.

Lo anterior motiva a la Psicología y a la Psiquiatría a buscar un marco referencial más amplio que permita crear puntos nodales que integren diversos avances del conocimiento desde diferentes enfoques y disciplinas. En este sentido el conocimiento de múltiples

perspectivas fundado en la evidencia, generaría un punto de convergencias que contribuiría a enriquecer y a iluminar el quehacer clínico. En un esfuerzo por acercarse a modelos explicativos pluralistas, este artículo busca revisar y reflexionar en torno al concepto de “re-

¹ Trabajo final Seminario: “El estudio interdisciplinario de la depresión como camino de integración entre el psicoanálisis, la psicología cognitiva y las neurociencias”, dirigido por J. P. Jiménez. Programa de Doctorado Internacional de Psicoterapia, Universidad Católica, Universidad de Chile y Universidad de Heidelberg.

² Psicóloga.

³ Psiquiatra.

presentación”, desde algunas teorías psicoanalíticas, la psicología cognitiva y la neurociencia, centrándose en el valor clínico que la distinción de convergencias entre diferentes modelos teóricos, pudiera generar para el tratamiento de la depresión.

EL CONCEPTO DE REPRESENTACIÓN

La idea de representación tiene un lugar de importancia en la filosofía moderna, considerándose un concepto relevante para explicar el conocimiento científico y el conocimiento cotidiano. Actualmente es considerado relevante en diferentes disciplinas (matemáticas, psicología, inteligencia artificial, entre otras), requiriéndose una nueva reflexión en relación a sus alcances e implicancias epistemológicas.

Las primeras definiciones del concepto de representación en la filosofía aluden a una concepción isomórfica, es decir, la representación y lo representado tendrían elementos semejantes, siendo desarrolladas estas visiones por Platón y Descartes entre otros. Posteriormente Wittgenstein agrega la noción de estructura, señalando que algo es representación de la realidad cuando comparte con ésta una estructura común, debiendo existir semejanza estructural entre la representación y lo representado. Searle, por otro lado, señala que la adecuación de la representación no está en la capacidad de descubrir la realidad tal cual sino en su operatividad relacional, existiendo un contexto que le da sentido.

Si bien el concepto de representación es polémico y controvertido, consideraremos la definición mínima propuesta por Ibarra y Mormann (3) que señala que “una teoría representacionalista incorpora la asunción mínima de que conocemos algo “A” a través del análisis de otra cosa “B”, a la que por cualquier razón o bien podemos acceder más fácilmente o resulta más conveniente explicar”. Estos autores defienden la necesidad de un concepto representacional no isomórfico, buscando superar el modelo de invarianza estructural. Hablan de representaciones homológicas que no dependen ni de la semejanza objetual ni de la estructural, se alejan de la idea de representación como espejo, trascendiendo el concepto de semejanza. Consideran que no son ni los objetos ni las estructuras las que son representadas sino únicamente las relaciones lógicas.

Aristegui (4) señala el valor de explicar la pluralidad de las representaciones, planteando que hay aspectos que se explican mejor desde el modelo isomórfico (las representaciones universales) y otros que pueden ser entendidos en el modelo contextual (las representaciones desiguales)

Heidegger, Merleau-Ponty y Foucault critican el concepto de representación aludiendo a una actividad circular que eslabona la acción y el conocimiento, al conocedor y lo conocido en un círculo indisoluble enfatizando más la acción propiamente tal que la representación, de acuerdo a lo planteado por Bachler (5). Esta forma de actuación alude al concepto de enacción que más adelante revisaremos.

DISTINTAS DEFINICIONES DE REPRESENTACIÓN DESDE AUTORES PSICOANALÍTICOS

Existe una gran cantidad de desarrollos teóricos en el psicoanálisis, en torno al concepto de representación del self y del objeto, por lo que tomaremos sólo algunos, incluyendo teóricos del apego, que permitan ilustrar aspectos centrales.

Sandler y Rosenblatt en 1991, definen representación mental como “un esquema u organización construido sobre la base de múltiples impresiones y, por lo tanto, una estructura en el campo de la no-experiencia. Por otra parte, el concepto se refiere a los contenidos del campo de la experiencia, las imágenes y los demás fenómenos subjetivos, incluidos los sentimientos. De esta forma, los aspectos representacionales de la experiencia constituyen una red de conceptos e imágenes durables del yo y del otro, un mundo representacional que proporciona a las vivencias personales un esquema básico de referencia (6). Sandler intenta describir cómo las representaciones complejas del self y del objeto se van formando en la cotidianeidad a partir de las experiencias, recuerdos y fantasías asociados a un afecto particular, considerando al individuo en soledad o en interacción con otros. La identificación correspondería para él a la modificación de la representación del self para parecerse a la representación del objeto. La proyección agregaría partes no deseadas de la representación del self a la representación del otro, influyendo esto en la conducta. Si bien Sandler se enfoca en cómo las representaciones pueden afectarse por estados internos (7), plantea que estas formulaciones servirían igualmente para comprender los sucesos externos. Sandler considera además que las interacciones madre-bebé son la base de las primeras formulaciones de las representaciones del self y del objeto.

Kernberg desarrolla el concepto de “representación” a partir de la descripción de un modelo que vincula los mecanismos de internalización de relaciones objetales por un lado, los impulsos instintivos y la formación del yo. Define sistemas de identificación compuestos de introyecciones, identificaciones y la

identidad del yo, como partes de la internalización de las relaciones objetales. Estos procesos de internalización incluirían tres elementos base: imágenes objetales o representaciones objetales, imágenes o representaciones del sí mismo, y derivados o disposiciones instintivas a determinados estados afectivos. Para Kernberg la organización de estos sistemas de identificación estaría sujeta a los mecanismos defensivos utilizados, que variarían entre la escisión y la represión, originando estructuras mentales diferentes y asociadas a distintas psicopatologías (8). Considera los aportes de Hartmann (1939, 1950) en relación a su concepto del “sí mismo” (self), como organización de auto-representaciones, que dan lugar a una estructura fundamental dentro del yo. Toma también los aportes de Jacobson (1964), al diferenciar las auto-representaciones de las representaciones objetales en las introyecciones tempranas, entendiendo introyección como estructuras psíquicas independientes, originadas fundamentalmente en funciones autónomas primarias (percepción y memoria) a medida que éstas se vinculan con relaciones objetales tempranas.

Laplanche y Pontalis plantean que inicialmente Freud utilizó el concepto de representación de acuerdo al uso clásico en filosofía y psicología, es decir, una representación designa “lo que uno se representa, lo que forma el contenido concreto de un acto de pensamiento” y “especialmente la reproducción de una percepción anterior” (9) (Laplanche y Pontalis 1996 pág. 367). Plantean que Freud contraponen la representación al afecto, pudiendo seguir cada uno de estos elementos un destino diferente en los procesos psíquicos. Esta idea resulta importante para la comprensión de la psicopatología en el psicoanálisis clásico, la cual se entiende como resultado de la separación entre la representación asociada a un evento traumático y el desplazamiento del afecto que explica la sintomatología. Esto llevó a Freud a plantear las bases de la represión, donde la representación es “reprimida” (mantenida inconsciente) y el afecto “suprimido” (desaparece de la conciencia por displacentero o inoportuno, diferenciándose esta operación de la represión porque ocurre de manera consciente o porque como contenido es pre-consciente y no inconsciente). De lo anterior se desprende que para Freud existirían las representaciones inconscientes, pero deja de lado la idea de una representación subjetiva del objeto, considerando que la representación del objeto sería parte del sistema de memoria, asociado directamente a la experiencia concreta. Freud habló de sistemas mnémicos, compuestos de huellas mnémicas que estarían a su vez constituidas por diferentes series asociativas

coordinadas que no van ligadas a una determinada cualidad sensorial. Distingue entre “representaciones de cosas” y “representaciones de palabra”, donde las primeras consisten en una catexis (ligazón de energía psíquica y representación) entre imágenes o huellas mnémicas directas de la cosa o derivadas de ella. Las representaciones de palabra implican la verbalización y la toma de conciencia, refiriéndose a la imagen mnémica asociada a una imagen verbal que permite que adquiera un “índice de cualidad”.

Marrone sintetiza los planteamientos de Bowlby, teórico del apego, en relación al concepto de representación, refiriendo que para ellos el uso del concepto de Modelos Operativos Internos sería sinónimo al de representación del self y del objeto. Define los Modelos Operativos Internos como mapas cognitivos, representaciones, esquemas o guiones que un individuo tiene de sí mismo (como entidad corporal y psíquica única) y de su entorno... Un modelo operativo es una representación seleccionada del trazado del mapa –aspectos de la persona, aspectos del mundo–, es decir cualquier cosa que pueda ser objeto de conocimiento o representación psíquica” (10) (Marrone 2002 pág. 73). Utiliza este concepto para designar todas las representaciones acerca del mundo y de nosotros mismos dentro de él, construidas a lo largo de la vida dentro de un marco social y cultural particular. Distingue formas especializadas de modelos operativos, que pueden definirse como un conjunto de ideas conscientes o inconscientes acerca de uno mismo y del otro como figura significativa. Dentro de estas formas especializadas, asocia la idea de ser objeto de amor y aprecio (autoestima), la noción de separación, de identidad, de continuidad y de auto-conocimiento. Estos modelos se construirían a partir de los primeros meses de vida desde las relaciones de apego establecidas con las figuras significativas, e influirán fuertemente en cómo se experimente el mundo y las relaciones con otros en las etapas posteriores del desarrollo. Son definidos como estables, pero no estáticos, siendo estructuras dinámicas posibles de modificar a partir de nuevas percepciones y experiencias, por lo tanto la terapia como “vivencia que hace diferencia” podría modificarlos. Bowlby, en el desarrollo de la Teoría del apego, no alude sólo al proceso de “internalización”, que implicaría una actividad mecánica de hacer “interno” algo que ha sido “externo”, sino que los Modelos Operativos Internos corresponderían a la representación en la mente, de experiencias que no serían ni totalmente internas ni totalmente externas, sino representaciones de una relación, una experiencia de estar-con (11), así como la describe Stern (12).

EL CONCEPTO DE REPRESENTACIÓN SEGÚN LAS TEORÍAS COGNITIVAS

El concepto de representación mental dentro de las teorías cognitivas alude a un enfoque analógico, cuyo núcleo teórico está en la distinción entre lo que es el contenido (aspectos semánticos y referenciales de la información) y el formato (código simbólico que reviste dicha información) de las representaciones. Permite analizar el formato de las representaciones (proposiciones, imágenes) y las relaciones que se establecen entre ellas (13).

Para Piaget la mente sería un ordenador que almacena representaciones que se registran en series y se guían por reglas, pudiendo distinguirse entre el contenido y el formato de las representaciones. El contenido alude a los aspectos semánticos de la información y el formato se refiere al código simbólico que reviste dicha información, pudiendo analizarse el formato de las representaciones y las relaciones que se establecen entre ellas. Para Piaget lo característico de la representación es que sobrepasa el terreno perceptivo y motor, pudiendo evocar un significado a partir del pensamiento (14).

El argumento central de los cognitivos está en plantear que la conducta inteligente implica necesariamente el representarse el mundo de una manera determinada, y que no es posible explicar la conducta cognitiva sin asumir la existencia de la capacidad de un sujeto de representar los rasgos relevantes de las situaciones en las que se encuentra. De acuerdo a esto, a mayor exactitud (correspondencia con la realidad) en las representaciones, en relación a las situaciones vividas, mayor éxito en el logro de objetivos y satisfacción de necesidades. En síntesis, para el cognitivista, las cogniciones o pensamientos actuarían sobre la base de representaciones que adquieren realidad física con la forma de un código simbólico en el cerebro. El nivel simbólico tendría una dimensión física pero no sería reductible concretamente, es decir, una expresión simbólica poseedora de una realidad física puede corresponder a un patrón global distribuido en actividad cerebral. Las representaciones mentales son asimiladas a elementos de un sistema formal a los que la mente da su matiz interpretativo, por ejemplo, creencias, deseos, planes, etc. (15).

En 1949 Donald Hebb sugirió que el aprendizaje podía basarse en cambios cerebrales surgidos del grado de actividad correlacionada de las neuronas, es decir, cuando dos neuronas actúan de manera conjunta su conexión se refuerza. La conectividad de un sistema no puede separarse de su historia de transformaciones y se encuentra relacionada con el tipo de tareas que

realiza. A este, enfoque que considera que la verdadera acción ocurre en el nivel de las conexiones se le denominó “conexionismo” (15).

La línea cognitiva clásica suponía representaciones discretas almacenadas en la memoria que serían recuperadas en el momento adecuado, el modelo conexionista representa la mente como un sistema con una serie de unidades de procesamiento, relacionadas entre sí por múltiples conexiones, las que forman redes (16). En este modelo la información está representada como un patrón global de activación de una red neural, que cobra existencia al estar activado, y de no estarlo su existencia es sólo una posibilidad. Las representaciones no estarían entonces memorizadas, ni existirían reglas entre ellas, constituyéndose a partir de un patrón originado por activación o inhibición propagada en la red.

DISTINTAS DEFINICIONES DEL CONCEPTO DE REPRESENTACIÓN A PARTIR DE LOS DESARROLLOS EN NEUROCIENCIAS

Con relación a la construcción de representaciones desde una perspectiva neurobiológica, Schuessler plantea que, a partir de la percepción se gatillan reacciones emocionales de manera inmediata e inconsciente, para luego iniciarse una re-evaluación perceptual y un procesamiento motivacional en la corteza frontal y la amígdala principalmente. Sigue a esto una reacción emocional y el procesamiento cognitivo que permite la representación emocional como el nivel más alto de ejecución (17).

La memoria presenta una estructura de redes con funciones tales como el aprendizaje declarativo y el procedural, planteando Schuessler tres sistemas de memoria que se articulan: la declarativa (lo que sabemos de nosotros), la procedural (lo que hacemos) y la emocional (lo que sentimos y lo que hemos sentido en el pasado). El desarrollo de las redes ocurre de manera diferencial, desarrollándose el sistema emocional-procedural antes que el sistema de la memoria declarativa. Lo anterior implica que antes de que el niño desarrolle la habilidad para recordar y nombrar eventos utilizando sus sistemas de memoria episódica y declarativa, ya están firmemente establecidos los patrones de comportamiento habituales para responder a eventos particulares.

Schuessler plantea que el área sensorio motora forma las bases de la organización jerárquica de la corteza, área de orden superior que se desarrolló más tarde en la evolución filo y ontogenética, siendo la corteza pre-frontal la responsable de las funciones complejas e integrativas, encargada de las representaciones y de

actividades e interacciones complejas. Los mapas desarrollados en la corteza serían constructos dinámicos posibles de modificar durante la vida por influencias ambientales y experiencias de aprendizaje. Las neuronas se gatillan juntas, presentan actividad correlacionada, por lo que los desórdenes psicológicos presentan un correlato en alteraciones sinápticas. La individualidad estaría dada por la adaptación de las redes cerebrales subyacentes a la organización global del cerebro. Al ocurrir un nuevo aprendizaje, son activadas áreas premotoras y laterales pre-frontales del cerebro a partir de secuencias conductuales; en la repetición constante de éstas, la activación se traslada a estructuras subcorticales (cerebelo, ganglios basales, tálamo, etc.), se automatiza y la representación se traslada a regiones ejecutivas más bajas. Lo anterior hace que los patrones conductuales rutinarios automatizados, independientemente de su nivel de complejidad, no requieran de la activación de la corteza pre-frontal, anclándose a estructuras subcorticales. Las repeticiones reiteradas son las que permitirían que una nueva forma de funcionamiento cerebral se automatice. Cuando ocurren cambios en un receptor particular en la sinapsis, ocurren también cambios en todos los otros, por lo que la comprensión de la psicopatología a partir de un solo factor no tendría sentido (por ejemplo, deficiencia de serotonina para explicar la depresión).

La memoria constituye el instrumento que permite que las vivencias se retengan y conserven, pudiendo posteriormente ser evocadas, por lo que cumple una función necesaria para que las representaciones se mantengan a través del tiempo.

La memoria explícita o declarativa alude a información posible de ser recordada o traída a la conciencia, refiriéndose por lo tanto a la estructura de la representación. Esta información puede con posterioridad hacerse explícita o consciente dependiendo de cuánta atención se le dirija, de las motivaciones y emociones implicadas, ya que es susceptible de ser reprimida. Se compone de memoria episódica y memoria semántica, permitiendo la primera recordar eventos y vivencias puntuales, pudiendo organizarse sus contenidos en el tiempo y en el espacio. La memoria semántica nos permite recordar hechos de carácter general y representarnos el mundo de manera organizada y estructurada conceptualmente, pudiendo generar y manejar información que nunca se ha aprendido explícitamente (16).

La memoria implícita o procedural se almacena en circuitos perceptivo motores y emocionales, participando principalmente el cerebelo y la amígdala. Al activarse estos circuitos no se tiene la sensación de estar recordando algo, pero en la conducta está presente el

evento o el aprendizaje sin que conscientemente podamos dar cuenta de él. En síntesis existirían sistemas de memoria diferentes, uno que por su naturaleza puede traer recuerdos a la mente (m. declarativa) y otro inconsciente que se expresa a través de la realización, sin tener datos conscientes de la memoria (m. procedural). Experiencias tempranas pueden afectar la conducta adulta, sin que necesariamente se recuerde a partir de qué vivencia se actúa como se actúa (18).

El concepto de “neuronas espejo” recientemente desarrollado en humanos por Rizzolatti, Fogassi y Gallese, que alude a un sistema neuronal específico localizado en diversas áreas cerebrales, que al activarse permitiría sentir como propias las acciones, sensaciones y emociones de otro individuo, pudiera aportar también desde las neurociencias a la comprensión de los procesos psicoterapéuticos, en relación a la sintonía del terapeuta con estados emocionales y representaciones particulares de cada paciente. Los estudios plantean que las neuronas espejo percibirían la secuencia motora que el otro lleva a cabo, pero además permitirían conocer su intención y motivación. Estas neuronas podrían codificar la intención y la emoción asociadas a lo que el otro hace, pudiendo ser las responsables de la capacidad de empatizar, imitar, aprender y conectar emocionalmente con otros. Estarían ubicadas en el surco temporal superior, lóbulo parietal inferior y girus inferior frontal, muy cercanas a los sistemas fronto-parietales que aportan en la integración sensitivo motora. Estas neuronas implicarían un mapeo directo de la información sensorial a estructuras motoras, produciéndose así el estado emocional del otro a partir de una interacción. Lo anterior constituye un nuevo camino para comprender cómo conocemos el estado emocional del otro, pensándose inicialmente que éste surgiría de la observación, la elaboración cognitiva, la deducción y la conclusión lógica (19).

REPRESENTACIÓN, DEPRESIÓN Y PSICOANÁLISIS

Freud planteó que la depresión era una reacción a la pérdida de un objeto real o imaginario, sumado a un intenso deseo por el objeto y al mismo tiempo una representación de que el deseo es irrealizable (20).

Blatt define dos tipos caracterológicos de depresión a partir de las representaciones del self y los otros, el tipo introyectivo y el tipo anaclítico. La depresión anaclítica estaría caracterizada por su focalización en las relaciones interpersonales de dependencia, indefensión y abandono, y la depresión introyectiva centrada en sentimientos de autocrítica, autoestima, fracaso y culpa (21).

Joffe y Sandler 1965, quienes distinguieron entre dolor y “reacción depresiva”, relacionan el sufrimiento con un estado de discrepancia entre una representación ideal del self y otra representación sentida como la real, y la respuesta depresiva como una reacción afectiva que suma al dolor la vivencia de impotencia. El psicoanálisis distingue entre ansiedad como anticipación a un peligro, que incluye impotencia e indefensión en relación a algo por ocurrir, y la depresión como la reacción ante la pérdida de un objeto amado, sea éste la representación de otro, uno mismo como self ideal o una abstracción muy valorada. Bleichmar (20) define, en síntesis, 3 componentes que caracterizan el estado depresivo: 1) Fijación a un deseo que ocupa un lugar de importancia para el sujeto y que es vivido como irrealizable, 2) una representación de sí mismo como incapaz de satisfacer ese deseo, y 3) los componentes afectivos y motivacionales (afecto depresivo y cierto grado de inhibición psicomotora). Distingue entre estado afectivo y trastorno clínico, en el cual se agrega a lo anterior intentos por salir del estado depresivo (rabia, llanto, auto-reproches, generar lástima en otros, etc.).

Sandler y Rosenblatt, en relación al concepto de mundo representacional, consideran la idea de representación mental de las ciencias cognitivas, para usarla como marco referencial en la conceptualización de la representación interna de las relaciones objetales. Sandler señala que las representaciones del self y el otro tienen una “forma” y un componente afectivo que ayuda a organizar e integrar las sensaciones y percepciones que surgen de la experiencia interpersonal. Una vez formada una auto-representación, se pueden formar las relaciones de objeto. Sandler vincula el modelo representacional con la teoría estructural, usando la metáfora del yo como el teatro y las representaciones como los personajes, sin que logremos saber qué genera la obra se monte (22).

Sandler y Joffe consideran la depresión desde la perspectiva del mundo representacional y plantean que el término depresión ha sido usado de manera imprecisa sin distinguir entre sufrimiento y depresión como respuestas afectivas. El dolor psíquico surgiría a partir de la discrepancia entre el estado real del self y un ideal basado en recuerdos o fantasías. Esta incongruencia estaría presente en todas las formas de displacer y la agresión sería la respuesta normal a dicha inconsistencia (22).

Los estados ideales de bienestar implican representaciones objetales mentales, por lo que la pérdida del objeto puede ser vista como la pérdida de un estado del self que permitía el objeto. La depresión surgiría cuando el individuo no logra responder al dolor

psíquico descargando agresión y renunciando a la búsqueda de estados ideales perdidos que favorezcan su aceptación de la realidad exterior e interior. Este proceso ocurriría a lo largo de la vida y estaría asociado a los procesos evolutivos, las características biológicas y la cultura a la que se pertenece.

Para Joffe y Sandler la respuesta depresiva sería lo opuesto al proceso de individuación y no sería adaptativa, ya que si bien alivia el dolor psíquico por la inhibición asociada, no se encamina hacia la recuperación. La depresión sería una vía final común a muchos caminos que pueden estar asociados a factores constitucionales, ambientales o intra-psíquicos.

TEORÍAS COGNITIVAS Y DEPRESIÓN

Las teorías cognitivas consideran cómo actúan factores biológicos, genéticos, sociales y psicológicos en la depresión, pudiendo aportar principalmente en el estudio de la prevención y las recaídas.

En relación al ánimo, desarrollan el concepto de “memoria dependiente del estado”, “aprendizaje dependiente del estado” y “congruencia emocional” donde las emociones actuarían como contextos internos, que favorecen o dificultan el acceso a recuerdos específicos, que implican representaciones de uno mismo y los otros, privilegiando unos por sobre otros.

Bower plantea que los estados de ánimo se pueden considerar nodos individuales en la red asociativa de la memoria, estando las emociones insertas en representaciones mnémicas de conocimiento semántico, actividad autónoma y muscular. Las emociones actuarían como contextos que influirían en el desempeño de la memoria, activando selectivamente la recuperación de recuerdos. En relación a la depresión, esto sugiere que la información codificada durante un episodio depresivo será más accesible cuando el sujeto se encuentre con un estado anímico similar. Las experiencias durante un episodio depresivo tenderán a teñirse negativamente, reforzándose las huellas mnémicas con nuevas experiencias de tonalidad emocional semejante. Lo anterior se refiere a la hipótesis del “aprendizaje dependiente del estado” y “memoria dependiente del estado” (19).

De los planteamientos de Bower se derivan además otras dos hipótesis avaladas por investigación: 1), que plantea que el recuerdo sería congruente con el estado de ánimo (congruencia anímica), es decir, a mayor severidad de la depresión, mayor la rapidez para recuperar un recuerdo displacentero. Este efecto tendría mayor fortaleza cuando el estímulo es auto-referente. El proceso de recuerdo congruente con el estado de

ánimo tendría un rol importante en la mantención e intensificación del ánimo depresivo, pudiendo la persona deprimida entrar en un círculo vicioso en que el ánimo depresivo aumenta el acceso a las memorias de emociones negativas, incrementando así su malestar. 2) La segunda hipótesis alude a la particular codificación de la información en sintonía con el estado de ánimo, es decir, si el tono emocional es negativo, existiría mayor facilidad para registrar nueva información congruente con este estado afectivo (codificación congruente con el ánimo). Esto llevaría al sujeto deprimido a funcionar desde codificaciones desproporcionadas de sus experiencias y un ánimo negativo creciente.

DEPRESIÓN Y NEUROCIENCIAS

Diversos estudios brindan actualmente antecedentes biológicos para la comprensión de la depresión, dando un lugar de gran importancia a las relaciones tempranas y al desarrollo socio-emocional infantil y no sólo al sensorio-motor y cognitivo (24). En esta línea, estudios en ratas dan cuenta de la importancia de la ocitocina y la vasopresina en el desarrollo de las conductas de filiación, fortaleciéndose con esto la importancia biológica para la creación de los primeros vínculos (25).

El hipocampo es una de las áreas del cerebro mayormente exploradas en pacientes con trastornos del ánimo, a través de estudios neuropsicológicos y con neuroimagen. Esta estructura cerebral estaría implicada en la memoria y los aprendizajes episódicos, declarativos, contextuales y espaciales, observándose frecuentemente déficit en algunas de estas funciones en pacientes depresivos. La privación materna temprana produce persistentes anormalidades en la función endocrina, asociada al hipocampo, una región cerebral que muestra considerables cambios estructurales en respuesta a las experiencias de vida (26). Confirman estos planteamientos los estudios realizados en ratas adultas separadas de su madre al nacer, que reportan disminución en la proliferación celular y en la producción de nuevas neuronas en el giro dentado. A partir de estos antecedentes y su extrapolación en humanos, se puede plantear que las experiencias tempranas adversas inhibirían la plasticidad estructural del hipocampo, debido a su hipersensibilidad a los glucocorticoides y a la hipersecreción de éstos generada en condiciones de estrés.

La inmadurez e incompletitud del cerebro humano desde el nacimiento hasta los primeros 18 meses de vida, implican un periodo de alta vulnerabilidad y gran importancia de las experiencias tempranas, que repercutirá en el desarrollo posterior como elemento protector o favorecedor de psicopatología (27).

PSICOANÁLISIS, COGNITIVISMO, Y NEUROCIENCIAS, INTEGRACIÓN Y CONVERGENCIAS

Para afinar los tratamientos psicoterapéuticos en pacientes deprimidos y aumentar su efectividad, resulta importante considerar los aportes que el psicoanálisis, las teorías cognitivas y las neurociencias pudieran realizar reconociendo los aspectos que implican convergencias y aquellos que constituyen aportes diferenciales y complementarios

El psicoanálisis comparte terreno con los modelos cognitivos, en el sentido que ambos consideran en sus esfuerzos terapéuticos la modificación de creencias e ideas, y por lo tanto de representaciones. Para Freud el trabajo en el psicoanálisis consistía en levantar la represión para que los contenidos inconscientes se volvieran conscientes y pudieran ser modificados. En la modificación estaría la convergencia con los modelos cognitivos, en el sentido de la re-estructuración cognitiva. La interpretación permite al paciente una nueva mirada acerca de sus deseos y lo que los originó, incorporando nuevos significados que pueden a su vez ser homologados con cogniciones. La reconstrucción de la historia vital del paciente tiene un efecto terapéutico a partir de la re-significación del pasado, independientemente de si el terapeuta lo logra vía interpretaciones o vía preguntas, lo que se parece mucho al trabajo de un terapeuta cognitivo que busca modificar las creencias del paciente (28).

Bleichmar reflexiona también sobre los espacios de diferencia entre los modelos psicoanalíticos y cognitivos, centrándose en el origen de las representaciones negativas o falsas creencias del paciente, que no responderían para el psicoanálisis sólo a errores de juicio que requieren corrección sino que dependen de estados afectivos deseados o evitados. En este sentido lo inconsciente no sería sólo desconocimiento de algo, sino algo sobre lo que no se quiere saber ya que provoca displacer, existiendo distintos niveles en relación al origen del no querer saber, que dependerían de representaciones particulares y de las emociones asociadas a éstas.

Durante la psicoterapia surgirían los mecanismos de defensa del paciente que mantienen activamente el no saber sobre lo que genera displacer: si no se abordan y sólo se consideran las deformaciones cognitivas, los conocimientos adquiridos en el tratamiento serán disociados o reprimidos. Bleichmar plantea que en la terapia entran en juego también las convicciones y creencias del terapeuta, surgiendo un campo intersubjetivo entre terapeuta y paciente donde los afectos y relatos de uno condicionan los del otro (28).

Desde las terapias cognitivas el pensamiento determinaría el sentimiento, pero desde el psicoanálisis, la comprensión de cognición y afectividad sería más compleja, pudiendo un sentimiento generar también pensamientos. Esto tendría su origen en la dependencia que muestran los afectos de estructuras neurobiológicas y hormonales distintas de las cogniciones.

Los avances en neurociencias brindan soporte a los principales planteamientos del psicoanálisis, expresados en el doble procesamiento de las experiencias cognitivas emocionales, uno automático de respuesta inmediata dependiente de los sistemas subcorticales (amígdala y núcleos del sistema límbico), que correspondería a "lo inconsciente"; y otro que es consciente y pasa por la corteza cerebral (29).

Migone y Liotti realizan un esfuerzo por construir una teoría del funcionamiento mental y de la terapia, revisando teorías psicoanalíticas de la motivación, psicología cognitiva, neurobiología y psicoanálisis. Estos autores plantean que existirían disposiciones innatas referidas a las relaciones interpersonales como el apego, ofrecer cuidado, competición, sexualidad y cooperación. Al experimentar un sujeto vivencias que no se ajustan a estas disposiciones innatas y adaptativas, se construirían creencias patógenas. Existiría en los seres humanos la tendencia a probar estas creencias patogénicas, desarrolladas a partir de experiencias traumáticas externas. Cuando las creencias patogénicas no se ajustan con los planes internos surgiría el conflicto. En el contexto terapéutico el paciente tiende a probar al terapeuta para cambiar sus creencias, motivado por su tendencia a perseguir sus planes básicos. Desde esta perspectiva, la compulsión a la repetición se ve como una tendencia a probar la disonancia cognitiva, la falta de coherencia entre representaciones (los planes y las creencias) con el fin de cambiarlas. Está al servicio de la adaptación y la vida, no de la muerte. Si el terapeuta pasa la prueba, con sus interpretaciones, su actitud o su encuadre re-asegurador, entonces el paciente activa su plan innato y puede ocurrir una "experiencia emocional correctiva". Para los autores lo terapéutico es la experiencia total, verbal y no verbal, siendo central el que la técnica terapéutica se centre en las creencias patogénicas propias del paciente.

Estos autores desarrollan una perspectiva cognitivo-afectiva, y consideran que los seres humanos tienen disposiciones innatas que les llevan a comprender la realidad y a adaptarse a ella. Estas disposiciones serían planes inconscientes que guían la conducta, el pensamiento y los afectos y se manifiestan desde la infancia. Por encima de cualquier otra motivación está la de adaptarse a la realidad, y especialmente a la realidad

interpersonal, surgiendo creencias patogénicas cuando surgen obstáculos en el desarrollo de algún plan innato. La terapia psicoanalítica explora planes innatos y creencias patogénicas, buscando la realización de los planes interrumpidos y la corrección de las creencias patogénicas. Esto se logra mediante las interpretaciones y la experiencia emocional correctiva a través de la transferencia. Activar un plan innato para su realización implica eliminar la disonancia cognitiva entre nuestra representación interna de base innata del plan que tendemos a realizar, por un lado, y la realidad externa percibida por otro. Para eliminar la disonancia se ajusta la representación interna, generándose así las creencias patogénicas. Plantean la relevancia de rescatar los aportes realizados por los modelos conexionistas en investigación experimental, en el sentido de superar el modelo del instinto o pulsión visto como descarga de energía, y sustituirlo por una imagen ya no energética mecanicista sino más bien cognitiva. Consideran a la motivación como una fuerza interna, pero a la vez como un fenómeno cognitivo ideativo. Toman la teoría de Lichtenberg (1989), sobre cinco sistemas motivacionales (regulación psicológica de las necesidades fisiológicas, apego y posteriormente afiliación, exploración/asertividad, aversión y disfrute sensual y excitación sexual) y los planteamientos de Bleichmar 1997, en relación a la existencia de módulos motivacionales en principio independientes aunque interrelacionados, que tienen base innata pero se transforman en el desarrollo en su relación con el ambiente, con otros y a las características propias del psiquismo (30).

Plantean que el conocimiento innato o planes no sería de tipo declarativo, es decir, no estaría representado en palabras o imágenes sino que sería de tipo procedimental y estaría codificado en el genoma a través de los cambios adaptativos a partir de la selección natural. Este conocimiento procedimental innato puede asociarse o no durante el desarrollo cognitivo emocional con representaciones conscientes del self y del mundo, o sea, con un conocimiento declarativo o explícito. La naturaleza inconsciente de este conocimiento no se corresponde con el inconsciente clásico psicoanalítico que surge por actuación de la defensa, sino que es un tipo de inconsciente procedimental implícito pero motivado.

La depresión no surgiría por planes desadaptativos en sí, sino por la inadecuación entre la categoría de percepción y recuerdo que se construyó en el pasado y el esfuerzo por realizar un plan de base innata. No existirían por lo tanto pulsiones esencialmente desadaptativas sino motivaciones que no han encontrado un ambiente suficientemente bueno como para que

se hayan creado representaciones-creencias que sirvan para realizarlas.

REFLEXIÓN CRÍTICA EN TORNO AL CONCEPTO DE REPRESENTACIÓN

Consistentemente con lo expuesto anteriormente, es posible cuestionar el concepto de representación, especialmente en su dimensión de semejanza con una realidad externa, resultando iluminador el concepto de “enactuación”, desarrollado por Varela, para una nueva comprensión.

Frecuentemente el concepto de representación es utilizado para aludir a algo de la realidad interna o externa que es actualizado, como si la realidad estuviera pre-definida y fuera independiente del sujeto que la conoce. En este sentido F. Varela (15) plantea que las “representaciones” no serían pre-definidas sino enactuadas, es decir, se las hace emerger desde un trasfondo personal que incluye el contexto. La enactuación alude más bien a la construcción de mundos, en oposición al concepto de representación que alude principalmente a la posibilidad de reflejar una realidad dada. Pensar el mundo como algo que va surgiendo en relación con otros y en un contexto particular implica cuestionarse la noción de representación. Desde el enfoque enactivo no habría mente desencarnada sino que ésta surgiría a través de un proceso que implica la manipulación sensorio-motriz. Varela incorpora el concepto de “clausura operativa”, aludiendo a un sistema en el cual los resultados de sus procesos son los procesos mismos y según esto los procesos, en su propia operación, se vuelven sobre sí mismos para formar redes autónomas. Así los sistemas, en lugar de representar un mundo independiente, “enactúan” un mundo como dominio de distinciones que no se puede separar de la estructura encarnada por el sistema cognitivo (5).

En el contexto psicoterapéutico del tratamiento de la depresión estarían en juego los aspectos puestos por el terapeuta y lo puesto por el paciente, construyéndose una realidad que los implica a ambos en relación de una manera particular y única.

IMPLICANCIAS CLÍNICAS DE LAS CONVERGENCIAS TEÓRICAS EN TORNO AL CONCEPTO DE REPRESENTACIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN

Kandel E. (31) plantea convergencias entre el psicoanálisis y la biología, encontrando en la definición de la memoria procedural o implícita, descrita desde la biología, respaldo para los planteamientos psicoana-

líticos en relación a la existencia de actividad mental inconsciente. Esta memoria daría cuenta de muchas de las percepciones, pensamientos, sueños y fantasías a los que no se puede acceder directamente de manera consciente.

Sandlers y Stern consideran la memoria procedural en el contexto emocional y su relevancia para la transferencia y los tratamientos psicoterapéuticos. Plantean que muchos de los cambios ocurridos dentro de la terapia están en el dominio del inconsciente procedural (no verbal) del conocimiento y la conducta (31). Bleichmar plantea que en la terapia entran en juego también las convicciones y creencias del terapeuta, surgiendo un campo intersubjetivo entre terapeuta y paciente donde los afectos y relatos de uno condicionan los del otro. En este sentido, diversos autores plantean la importancia de la relación terapéutica en la psicoterapia, destacando el aporte de la memoria procedural en los avances, ya que éstos serían parte del dominio inconsciente no-verbal, constituyéndose los momentos significativos en la interacción terapeuta-paciente en las nuevas representaciones que permiten un progreso. A su vez este progreso dependería de la relación terapéutica principalmente, por sobre el insight y el trabajo de hacer consciente lo inconsciente. La experiencia, avalada por conocidos estudios de Horvath 2005, Orlinsky 1994 y Wampold 2002, confirman lo anterior, concluyendo acerca de la importancia de la calidad vincular terapeuta-paciente y su valor predictivo en relación con los resultados favorables en psicoterapia. Los planteamientos anteriores resultan concordantes con la conceptualización de Varela en relación con la “enactuación”, pudiendo comprenderse lo que ocurre al interior de la psicoterapia como una construcción de realidades entre terapeuta y paciente influidas por un contexto particular y las características de cada uno de los participantes.

Para Freud, cada evento psíquico procedural o declarativo tendrá un evento determinante que lo precede. Kandel toma los planteamientos de Pavlov en relación a cómo el cambio en la asociación de dos estímulos puede provocar cambios en la conducta aprendida. Señala que al asociarse dos estímulos no sólo se aprende que uno precede al otro sino que uno puede llegar a predecir al otro, permitiendo mover la mirada desde lo consciente a lo inconsciente. Plantea además que los planteamientos en torno al aprendizaje se pueden extender al aprendizaje de conductas aversivas, dando un marco comprensivo para la psicopatología. Plantea que durante mucho tiempo se pensó que el condicionamiento dependía de la contigüidad de los estímulos, existiendo un intervalo crítico mínimo para

que el estímulo condicionado y el incondicionado se asocien, seguido de un refuerzo y una conexión neural, que influían en la conducta, pensándose que la fuerza del condicionamiento estaba dada por el número de pareamientos entre estímulo condicionado y estímulo incondicionado. Luego se planteó que más que aprenderse contigüidades se aprenden contingencias, es decir, el estímulo condicionado tiene el poder de predecir al estímulo incondicionado, un estímulo neutro puede traer otro doloroso. En este sentido, resulta importante al mirar el funcionamiento depresivo donde una situación aparentemente neutra puede gatillar representaciones dolorosas, sin que éstas tengan un correlato con la realidad presente. Esto se aplica a su vez en el condicionamiento del miedo, como forma de memoria procedural mediada por la amígdala, a través de la angustia señal en síndromes de estrés post-traumático. Se produce un condicionamiento defensivo cuando el estímulo incondicionado es aversivo; agentes químicos constituyen una señal de que el estímulo aversivo se acerca. En la asociación de un estímulo neutro con uno nocivo el neutro puede ser percibido como peligroso siendo biológicamente adaptativo responder de manera defensiva frente a las señales de peligro antes de que éste se presente.

En relación a qué es lo que cura en la depresión en el sentido de generar cambios en las representaciones o en los Modelos Operativos Internos, se puede decir que se requiere traer recuerdos cargados de afecto o afectos desplegados en la relación terapéutica, ya que esto permite que antiguas memorias se re-estructuren y den espacio a la modificación de creencias en el plano consciente.

El foco en las representaciones mentales, para el tratamiento de la depresión, puede ayudar a ligar los aspectos interpersonales y lo intrapsíquico, considerando que las interacciones con otros significativos, en las primeras etapas de la vida, forman las bases de las auto-representaciones, las representaciones de los otros y las representaciones de la relación con los otros. Esto permite pensar la depresión como una patología relacional y no sólo personal, pudiendo reconocerse los círculos viciosos configurados a partir de dificultades relacionales y representaciones negativas en la depresión.

REFERENCIAS

1. Kendler K. Toward a Philosophical structure for Psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 2005, 162:433-440
2. Kandel F. A New Intellectual Framework for Psychiatry. *American Journal of Psychiatry* 1998; 156:505-524
3. Ibarra A, Mormann T. Variedades de la representación en la ciencia y filosofía, Barcelona: Ariel Practicum, 2000, Reseña realizada por Alejandro Ramírez Figueroa, *Revista de Filosofía*, Universidad de Chile
4. Aristegui I. La intencionalidad en la representación mental: esbozo de dos modelos. *Thauma*, Revista de estudiantes de filosofía, Departamento de Lógica y filosofía de la ciencia, N°4 dic 2005 Donostia-San Sebastián
5. Bachler R. ¿Qué es la Ciencia Cognitiva? Algunos aspectos esenciales para acercarse a su comprensión, *El mundo de la psicología*, Revista del Colegio de Psicólogos de Chile 2007
6. Arteaga M. Estudio comparativo de las representaciones maternas durante el tercer trimestre de la gestación e incidencia de la ecografía en su establecimiento: Embarazos únicos normales, gemelares normales y únicos patológicos. Tesis de doctorado sin publicar 2002, Facultad de psicología, Universidad de Barcelona
7. Fonagy P. *Teoría del apego y psicoanálisis*. Espaxs, Barcelona 2004
8. Kernberg O. *La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico*. Paidós, México, 1996
9. Laplanche J, Pontalis JB. *Diccionario de psicoanálisis*. Paidós, Barcelona, España, 1996
10. Marrone M. *La teoría del apego*. Psimática, Madrid, España 2001
11. Rozenel V. Los Modelos Operativos Internos (IWM) dentro de la teoría del apego. *Rev de Psicoanálisis Aperturas Psicoanalíticas* 2006; 23
12. Stern D. *La constelación maternal: La Psicoterapia en las relaciones entre padres e hijos*. Paidós, Barcelona, España 1995
13. Arbeláez M. Las representaciones mentales. *Rev Ciencias Humanas* 2002; 29: 1-8
14. Piaget J. *La formación del símbolo en el niño*. México, Fondo de cultura económica, 1954
15. Varela F. *Conocer*. Ed. Gedisa, 1988
16. Díaz MD. Lo inconsciente psicoanalítico y la psicología cognitiva: una revisión interdisciplinaria. *Rev de Psicoanálisis Aperturas Psicoanalíticas* 2002; 11
17. Schuessler G. *Neurobiology and Psychotherapy*. Congress in Innsbruck on Neurobiology and Psychotherapy, 2003
18. Alcázar E. Hablando de mente y cerebro. *Psiquiatría, neurociencia y psicoanálisis: convergencia e integración*
19. Rizzolatti G, Fogassi L, Gallese V. Mirrors in the mind. A special class of brain cells reflects the outside world, revealing a new avenue for human understanding, connecting and learning. *Scientific American* 2006;295;5:30. Reseña de Sánchez I. En *Rev de Psicoanálisis Aperturas Psicoanalíticas* 2007; 25
20. Bleichmar H. Algunos subtipos de depresión, sus interrelaciones y consecuencias para el tratamiento psicoanalítico. *Rev de Psicoanálisis Aperturas Psicoanalíticas* 2003; 14
21. Blatt S. *Experiences of depression*. Ed American Psychological Association, Washington DC, 2002
22. Fonagy P. Una perspectiva general de las contribuciones clave de Joseph Sandler al psicoanálisis clínico. *Rev de Psicoanálisis Aperturas Psicoanalíticas* 2007;25
23. Hermans D, Raes F, Eelen P. Mood and Memory: A Cognitive Psychology Perspective on Maintenance of Depressed Mood and Vulnerability for Relapse 2005, in *The Theory and Treatment of Depression; Towards a Dynamic Interactionism Model*, chapter 2, Ed by Corveleyn J. Luyten P. & Blatt S
24. Schore A. Contributions from the decade of the brain to infant mental health: an overview. *Infant Mental Health Journal* 2001; 22(1-2): 1-6

25. Young L, Lim M, Gingrich B, Insel T. Cellular Mechanisms of Social Attachment. Center for Behavioral Neuroscience, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Emory University, Atlanta, Georgia 2001
26. Mirescu C, Peters J, Gould E. Early life experience alters response of adult neurogenesis to stress. *Nature Neuroscience* 2004; 7, 8
27. Nagera H. Reflections on Psychoanalysis and Neuroscience: Normality and Pathology in Development, Brain Stimulation, Programming, and Maturation. *Journal of Neuro-Psychoanalysis*, vol.3, number 2
28. Bleichmar H. Psicoanálisis y psicología cognitiva. *Rev de Psicoanálisis Aperturas Psicoanalíticas* 2001; 9
29. Bleichmar H. Psicoanálisis y Neurociencias. *Rev de Psicoanálisis Aperturas Psicoanalíticas* 1999; 1
30. Migone P, Liotti G. Psychoanalysis and Cognitive-Evolutionary Psychology: an Attempt at Integration. *International Journal of Psychoanalysis*, 79:1071-1095. Reseña de Díaz M.D. *Rev de Psicoanálisis Aperturas Psicoanalíticas* 2003; 15
31. Kandel E. Biology and the future of psychoanalysis: A new intellectual framework for psychiatry revisited. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 505-524

MONOGRAFÍA

LA PERSONA DEL TERAPEUTA Y EL DESARROLLO DEL PROCESO TERAPÉUTICO CON UN PACIENTE DE EDAD AVANZADA

(Rev GPU 2008; 4; 2: 241-254)

Roberto Rocha¹

Dentro de las diferentes áreas de especialización de la psicoterapia, la experiencia terapéutica con pacientes de edad avanzada ha sido la que menor protagonismo ha tenido en lo que se refiere a su sistematización, profundización y recolección de experiencias terapéuticas, en comparación con las ya conocidas áreas de la psicoterapia infanto-juvenil y adulta, entre otras. Vemos muchas veces la fase de la vejez y la psicoterapia con pacientes de edad avanzada como algo lejano, restringido, estático, corriendo el riesgo de sectorizarla de las demás prácticas psicoterapéuticas más tradicionales, reduciendo su conocimiento como objeto de estudio. Así como señala Coderch: “No se me oculta que el hecho de considerar un apartado especial para el tratamiento psicoterapéutico en personas de edad avanzada comporta el grave riesgo de producir la errónea impresión de que los viejos forman un grupo aparte que no puede ser abordado con las mismas perspectivas técnicas y teóricas con que lo son los jóvenes y los adultos, contribuyendo con ello a la discriminación de que, infortunadamente muchas veces son objeto”. (Coderch, 1990, pág. 285). En lo que respecta a la psicoterapia, diversos autores han ido elaborando la concepción de que el tratamiento psicoanalítico con pacientes de edad avanzada no sería pertinente debido a la rigidez de estos pacientes, dado que presentarían un marcado interés por mantener un concepto de sí mismo ya establecido y estructurado (Apfelbeck, 1992). En este sentido, se ha entendido la vejez como una fase sin movimiento, aislada de los procesos subjetivos del paciente y rígida en cuanto a los cambios que enfrenta una persona en su proceso de envejecimiento.

¹ Psicólogo Clínico.

En un primer momento Freud dio a entender que la psicoterapia con pacientes de edad avanzada era “infértil” y no presentaba las mismas características de los pacientes de menor edad. Uno de sus argumentos era la falta de plasticidad de estos pacientes y consideró que los procesos de transferencia y contra transferencia carecían del dinamismo de los procesos desarrollados con paciente de edad más joven (Coderch, 1990).

Ligado a lo anterior, es posible observar algunas ideas que se han ido construyendo respecto del proceso analítico con pacientes de edad avanzada; por ejemplo: que en la psicoterapia con pacientes de edad avanzada no es posible lograr cambios en los rasgos de personalidad, que no es posible trabajar con la transferencia del paciente, que deben realizarse sólo psicoterapias de “acompañamiento” y no de carácter profundo, sólo intervenciones en crisis o que no se debe “remover” mucho al paciente porque se encuentra en la finalización de su vida, entre otras.

Al conjunto de consideraciones y preconcepciones de la psicoterapia con pacientes de edad avanzada se suma que son pocos los terapeutas que trabajan en el campo de la atención con pacientes de mayor edad, lo cual deja entrever que las concepciones de la vejez pudiesen estar ligadas a una idea negativa, más bien estática, pobre, que ha obstaculizado el reconocimiento de los dinamismos propios de esta fase del desarrollo: “...la actitud de marginar al viejo de la psicoterapia no depende de la rigidez del aparato psíquico del paciente sino de la rigidez del aparato teórico del analista” (Apfelbeck, 1992, pág. 80).

Sin embargo, encontramos diversas experiencias que apuntan a considerar la práctica clínica con pacientes de edad avanzada desde una mirada que integra las problemáticas de la vejez de una forma dinámica y positiva, reconociendo que los procesos que se desarrollan en la psicoterapia con pacientes de estas características (la transferencia, la contra-transferencia, las defensas, la intersubjetividad) no difieren radicalmente de los que observamos en procesos con pacientes de menor edad (Apfelbeck, 1992).

En este sentido, ha de ser importante reconocer por ejemplo, que no sólo la infancia sino también todos los momentos de la vida son fuente de transferencia (Coderch, 1990). La experiencia subjetiva del paciente de edad avanzada presenta los mismos dinamismos en lo que refiere a los procesos de transferencia y contra-transferencias propios de cualquier otra etapa evolutiva del ser humano.

Como consecuencia, la experiencia psicoterapéutica con pacientes de edad avanzada no tiene por qué

ser entendida como un proceso superficial, donde no es posible comprender y enriquecer al paciente desde una mirada analítica, donde sólo debe “acompañarse”, sin un acercamiento profundo, así “los fundamentos teóricos y las reglas técnicas básicas de la psicoterapia psicoanalítica son válidos para cualquier edad del paciente, desde la juventud a la vejez” (Coderch, 1990, pág. 285).

Junto con ello, la concepción de la vejez puede ser entendida como un proceso personal de carácter dinámico, en movimiento, subjetivo a la vez que social y biológico, un proceso que se va experimentando en forma gradual, nunca estático, que va otorgando significados personales a los cambios que en esta etapa de la vida trae para quien la vive. Así por ejemplo, la vejez comporta una fecha subjetiva de sentimientos que conllevan una nueva vivencia con la muerte y con el tiempo que queda de vida; aunque éste sea quizás largo, se ha iniciado la cuenta atrás y el proyecto de vida comienza a ser modificado por el tiempo que se dispone y las posibilidades con que se cuenta. De esta manera las personas comienzan el proceso de envejecimiento, que no es lo mismo que ser viejo (Coderch, 1990).

¿Se puede hacer psicoterapia con pacientes de edad avanzada considerando los dinamismos intersubjetivos de la contra-transferencia y la transferencia?, ¿es necesario sólo realizar un acompañamiento o es posible desarrollar procesos relacionales de carácter profundo? ¿Cómo influye la contra-transferencia y la idea de la “vejez” como fase psicosocial del desarrollo en el proceso psicoterapéutico y la concepción que tenemos de la psicoterapia con estos pacientes?

El presente trabajo tiene por finalidad transmitir la experiencia de un año y medio de psicoterapia con un paciente de edad avanzada, con el objeto de revisar los procesos intersubjetivos que se desarrollaron en una parte del proceso y mostrar de qué manera se fue desarrollando un proceso relacional, que lejos de ser superficial fue parte de un proceso de cambio importante para el paciente. Junto con ello, ilustrar cómo las experiencias infantiles (transferencias, relaciones) modulan los procesos psicosociales de la vejez, haciendo de esta fase un proceso complejo y dinámico en la vivencia del paciente.

En primer lugar, se describirá brevemente el marco conceptual en torno a las experiencias realizadas por otros autores acerca del proceso psicoterapéutico con pacientes de edad avanzada, para posteriormente describir la experiencia clínica con un paciente de estas características.

MARCO TEÓRICO

Dentro de la psicoterapia psicoanalítica y como un gran aporte de los últimos años en lo que se viene entendiendo como la psicoterapia intersubjetiva, J. Safran y C. Muran plantean el concepto de alianza terapéutica, señalando la importancia de reconocer el lugar que ocupa el terapeuta con su experiencia subjetiva, en el encuentro que mantiene con el paciente. En este sentido, el terapeuta lejos de ubicarse desde la neutralidad y objetividad, converge desde su propia experiencia y establece un espacio intersubjetivo con el paciente donde él participa desde su subjetividad. Las perspectivas interpersonal y relacional no se adhieren a las concepciones clásicas sobre la neutralidad y abstinencia del terapeuta, posibilitando con ello una gama más amplia para la flexibilidad de la técnica en psicoterapia (J. Safran y C. Muran, 2005).

Desde este enfoque se entiende la relación terapeuta-paciente, en tanto que los procesos que se presentan en el espacio terapéutico son resultado de una experiencia relacional, mutuamente construida. En este sentido, se considera que la alianza terapéutica no sólo es inherente al proceso psicoterapéutico sino que es esencial en el cambio terapéutico, así las transformaciones, los conflictos y los cambios en la alianza no sólo son parte del proceso de cambio sino que son la base del cambio terapéutico (J. Safran y C. Muran, 2005).

Es en este marco donde se hacen parte los procesos de contra-transferencia y transferencia en la relación terapéutica; ambos se cruzan en una dinámica intersubjetiva, que a la vez está fuertemente marcada por la alianza terapéutica como eje central del proceso.

En lo que respecta a la terapia con pacientes de edad avanzada, en sus comienzos Freud, en 1950, planteaba que los pacientes de cincuenta años o más "suelen carecer de la plasticidad de los procesos anímicos con la que cuenta la terapia...; cuando se trata de personas de mucha edad, la duración del tratamiento correlativa a la cantidad de material acumulado, resultaría excesiva" (Boetsch, 1998, pág. 38). En este sentido, planteaba la dificultad de modificar instancias psíquicas producto de la estructuración del yo, que ya se encontraba fuertemente instaurado por la historia del paciente. Junto con ello, añade en sus escritos que este proceso coincidiría con el "comienzo de un periodo de la vida en que no se concede ya gran valor a la salud nerviosa" (Boetsch, 1998, pág. 39), considerando el tratamiento con pacientes de edad avanzada poco alentador debido a la etapa vital en que se encuentran, disminuyendo entonces el valor analítico y la posibilidad de explorar

el proceso intersubjetivo en la relación terapéutica con pacientes de edad avanzada.

Sin embargo, la realidad de hoy difiere respecto de la concepción del adulto mayor que se encontraba durante la época de Freud y los comienzos del Psicoanálisis. El aumento de la población de edad avanzada, la necesidad de atención que estos pacientes requieren, la flexibilidad técnica y la construcción de nuevos conocimientos en torno al psicoanálisis y otras posturas teóricas dentro de la psicología, han hecho que la psicoterapia pueda ser una alternativa para las personas de edad avanzada.

En lo que respecta a experiencias terapéuticas con pacientes de mayor edad (que si bien no son muchos), encontramos en la literatura como uno de los primeros aportes a H. Segal, que expone un tratamiento con un paciente de 73 años que padecía de un cuadro sicótico, donde el análisis realizado duró dieciocho meses y luego de finalizar el tratamiento el paciente pudo retomar sus actividades normales y alcanzar por primera vez en su vida un sentimiento de estabilidad y madurez. "En el curso del análisis llegué a la conclusión de que lo que había originado el brote sicótico fue su temor inconsciente a la muerte, creciente a medida que avanzaba su edad. Y creo que el mismo problema está en la base de muchos colapsos en la vejez" (Boetsch, 1998, pág. 39). En este sentido, se plantea cómo los procesos inconscientes se encuentran relacionados directamente con los procesos propios de la vejez, como pueden ser la muerte, la jubilación, apareciendo un proceso dinámico en donde los componente biopsicosociales de la vejez se ven expresados en procesos inconscientes posibles de ser atendidos en la práctica clínica.

En este sentido, los procesos inconscientes tienen un lugar importante en el desarrollo de la práctica clínica con estos pacientes y deben ser atendidos tal como se consideran los procesos con pacientes de menor edad. Se considera, entonces, que deben ser tomados en cuenta si es que se pretende el desarrollo de un proceso terapéutico fructífero (Apfelbeck, 1992).

Algunos autores señalan la importancia de rescatar, por ejemplo, los conceptos de transferencia y contra-transferencia con el mismo énfasis con que se considera el proceso analítico de cualquier otra etapa evolutiva, dado que en este sentido, se cree que el fenómeno transferencial adulto, además de incorporar la experiencia infantil, es expresión de nuevas experiencias y conflictos de etapas del desarrollo posteriores a la infancia (Apfelbeck, 1992). En este sentido, se plantea que la etapa evolutiva se encuentra directamente relacionada con la dinámica relacional del paciente, señalando así que la transferencia del paciente es parte

de un contexto evolutivo dinámico, donde se hace presente la experiencia relacional tanto de la etapa de la infancia, de la edad adulta, como de la etapa particular donde se encuentre el paciente de edad avanzada.

De este modo, se entiende que la experiencia de vida y los procesos de vinculación que se presentan a lo largo de la historia, como pueden ser la relación primaria con los padres y hermanos, el establecimiento de parejas, la vinculación con los hijos, amigos, junto con vivencias como duelos, enamoramiento, trabajo, lejos de ser elementos ajenos a los procesos de desarrollo del carácter en la edad avanzada, participan y posibilitan una integración de transferencias variadas en el proceso psicoterapéutico.

Ligado a lo anterior, el paciente de edad avanzada se encontraría más propenso a depositar en el terapeuta diversas experiencias relacionales, debido no sólo al valor cuantitativo de su edad sino que también al hecho que ha ido generando diversas dinámicas intersubjetivas y, con ello, diversas vivencias relacionales, que favorecen la repetición e instalación de su historia personal en la persona del terapeuta. De esta manera la figura del terapeuta puede ser re-experimentada por ejemplo como un "Hijo", en tanto que la mayor parte de los terapeutas que atienden a estos pacientes presentan menos edad que ellos, o también puede ser investida con figuras tempranas de su desarrollo, repitiendo una relación con el "padre", "madre" u otros cercanos.

King plantea el concepto de transferencia Multi Generacional, señalando que una de las dificultades que enfrenta el terapeuta que atiende a pacientes de edad avanzada es que tiene que habérselas con cinco generaciones en la transferencia: abuelos, padres, pares, hermanos, cónyuge, hijos, nietos (Apfelbeck, 1992). Así, la experiencia del paciente de edad avanzada se encuentra marcada por vivencias relacionales de larga data y, a diferencia de pacientes de menor edad, la transferencia o sentimientos asociados al terapeuta pueden estar referidos a experiencias relacionales con sus "hijos", nietos, hermanos, que son parte de la historia anímica del paciente. "En tanto la transferencia de los jóvenes se focaliza en aspectos no resueltos con figuras parentales, el paciente viejo tiene una historia más larga de muchas relaciones significativas, particularmente con la esposa y los hijos" (Apfelbeck, 1992, pág. 131).

Esto conlleva una experiencia terapéutica variada y dinámica, donde los pacientes de edad avanzada, viven diversos sentimientos y emociones en relación a cómo experimentan a sus figuras significativas del pasado y del presente, participando desde esta experiencia relacional en el encuentro con el terapeuta. En este sentido,

se plantea la presencia y evolución de diferentes sentimientos transferenciales en pacientes de edad avanzada, tales como: deseos de tener al terapeuta como compañero sexual, tendencias a idealizarlo, preocupación por la visión que tendrá el terapeuta que es más joven hacia la vejez, transferencia materna que se expresa en deseos de ser cuidado y querido, transferencia filial que se actualiza al identificar al terapeuta con el hijo, etc. (Apfelbeck, 1992).

La expresión y generación de sentimientos hacia el terapeuta no sólo se ve influido por variables subjetivas dadas sólo por la historia particular de los pacientes, sino que elementos como la edad del terapeuta, el sexo, entre otras, toman parte de los fenómenos intersubjetivos que se establecen con pacientes de edad avanzada y convergen en el proceso terapéutico. Al respecto: "...la juventud del terapeuta podría sentirse como una fuente de estabilidad que colabora con el paciente ante la posibilidad de futuras pérdidas, en el sentido de que los pacientes tienen la expectativa de que los terapeutas sobrevivirán y no morirán como los demás en su vida (padre, cónyuge, amigos), a la vez que les permite de alguna forma enfrentar las ansiedades surgidas al contemplar su propia muerte" (Apfelbeck, 1992, pág. 131).

Respecto de la edad, se plantea que el hecho de que el terapeuta tenga menos edad que la del paciente, es un elemento que tiene un valor importante y puede presentar una significación particular que debe ser atendida, dado que genera diversas emociones y reacciones transferenciales y contra-transferenciales en el proceso con el paciente. Por ejemplo, muchos pacientes de edad avanzada pudiesen sentir como amenazante la edad del terapeuta, apareciendo sentimientos como envidia, rabia, vergüenza, generando relaciones intersubjetivas negativas, donde la juventud se ve como un ataque o una amenaza a la alianza terapéutica.

La diferencia de edad, el sexo y la historia de relaciones de objeto del paciente no sólo son parte del proceso de transferencia sino que también estimula patrones contra-transferenciales y reacciones en la persona del terapeuta, generando una dinámica específica en el encuentro entre paciente y terapeuta, al cual el terapeuta debe estar muy alerta.

En este sentido, el terapeuta debe intentar estar consciente de sus propias concepciones, de los sentimientos que le provoca el paciente y de posibles resistencias en la labor clínica que realiza. La contra-transferencia en pacientes de edad avanzada toma un lugar central, siendo relevante para el terapeuta el estar atento a los propios significados de la vejez, de la muerte, de la jubilación, de las pérdidas e historias

vinculares con sus padres, abuelos y personas de edad avanzada. “El tratamiento de estas resistencias en la transferencia y análisis de la contra-transferencia sería uno de los trabajos más fatigosos e irrenunciables que debe realizar el psicoterapeuta” (Apfelbeck, 1992, pág. 131). En este sentido, muchos autores plantean que la contra-transferencia sería el elemento central en la terapia con pacientes de edad avanzada y que es crucial el poder reconocer de qué forma el terapeuta está reaccionado en el proceso psicoterapéutico.

Se postula que las reacciones contra-transferenciales del terapeuta se moldean a partir de valores socio-culturales, prejuicios y estereotipos, así como elementos inconscientes que son parte de las relaciones tempranas del terapeuta con sus figuras parentales, que se encontrarían fuertemente arraigados (Apfelbeck, 1992).

Así, las respuestas contra-transferenciales pueden ser variadas y dependen de diversos factores, siendo las más comunes, por ejemplo, la idea de sobreayudar al paciente, visualizar sus aspectos más frágiles y necesitados, evadir junto con el paciente las pérdidas de la etapa y entrar en una emocionalidad maniaca, temor a la soledad y aislamiento del paciente, tratarlo de una manera distinta que a otros pacientes, evitar temáticas como la sexualidad y la muerte, ignorar datos esenciales como el abuso de sustancias, creer que los procesos transferenciales cobran menos valor que en otros pacientes. En este sentido “...lo distintivo del tratamiento de pacientes ancianos es la naturaleza específica de los fenómenos contra-transferenciales y no su cantidad” (Apfelbeck, 1992, pág. 148).

Por último, la contribución de reconocer y abordar los procesos contra-transferenciales enriquece a la persona del terapeuta en su dimensión global, siendo posible una integración de aspectos vinculares del terapeuta con otras figuras relacionales, así como señala Apfelbeck (refiriéndose a la experiencia que tuvo Myers con pacientes de edad avanzada): “el análisis de la contra transferencia de ciertos pacientes de edad avanzada le permitió elaborar aspectos no resueltos con su analista interior, así como el duelo por la muerte de su padre” (Apfelbeck, 1992, pág. 150).

EL PROCESO TERAPÉUTICO: DE NIETO A TERAPEUTA

“El viejismo, entendido como una visión negativa hacia las personas mayores en la cultura occidental (Butler, 1981) y el rechazo a las dificultades que presentan los psicoterapeutas para tomar en tratamiento a personas ancianas (pesimismo en relación a la responsividad de los viejos frente a la psicoterapia), serían el reflejo de

uno de los principales problemas de la psicoterapia con pacientes de edad avanzada: La contra-transferencia” (Apfelbeck, 1992, pág. 136).

Si bien todo proceso parte al momento de encontrarse el terapeuta con el paciente, mi experiencia subjetiva se moviliza en el momento en que comienzo a conocer datos o aspectos del paciente, que luego de ser revisados empiezan a configurar la primera experiencia y acercamiento como “terapeuta”.

Es en este sentido que siento que el proceso terapéutico no comenzó con la presencia del paciente en sesión (en el sentido de verlo cara a cara y directamente), sino que se origina al momento de conocer la derivación realizada, donde empiezo a conocer los datos acerca de éste y a enfrentarme a las interrogantes de un paciente con una historia particular y de edad avanzada.

El paciente llamado de nombre G, de 63 años, decide consultar a psicoterapia, debido a que señala: “no puedo terminar nada de lo que empiezo, de repente me desinteresa y no continúo...he intentando hacer cursos, como el de manejo, de Yoga y después de unas sesiones me viene la sensación de pa qué lo hago”.

Esta primera visión que se recoge del paciente (de estatura alta, corte de pelo muy corto casi calvo, con lentes, de tez blanca, delgado, risueño, con un aspecto cálido pero serio), se va integrando ya en sesión, cuando plantea sentirse con una sensación de contradicción, dado que lleva trabajando como ayudante de laboratorio cerca de 25 años en su trabajo, por lo que no entiende qué le pasa que cuando decide realizar algo externo a su trabajo no logra mantener la motivación y continuar. Al respecto señala: “parece que sólo sirvo para ser funcionario”, aludiendo a que en su trabajo ha funcionado sin ningún problema; sin embargo, una vez que sale de éste, siente que comienza a sentir dificultades.

Me resultaba curioso desde el primer momento de su consulta y de la revisión de su carpeta ¿cómo un hombre de 63 años es motivado a consultar por el hecho de no poder terminar las actividades que realiza fuera de su trabajo y que le son de su interés? Pensaba, por un lado, en el hecho de que G señalaba estar a dos años de jubilar, momento en que la vida da luces de que se comienzan a “cerrar o terminar” las cosas. ¿Podría un hombre a punto de jubilar estar empezando a abrir su historia más que cerrarla? o ¿sería éste un intento por cerrar su vida? De alguna forma mi primer pensamiento fue el creer que cualquiera fuera su motivación subyacente, el proceso debía ser un “acompañamiento” que no movilizara grandes cambios internos (al modo de una psicoterapia profunda), de manera que habría que

ayudarlo a resolver su situación actual de su problema, sin cuestionar o revivir aspectos problemáticos y tempranos de su vida.

Sin embargo, por otra parte, algo de mi experiencia me motivaba en una “necesidad de escucharlo” y comprender lo que le pasaba más allá del motivo de consulta que señalaba. En este sentido, un aspecto contra-transferencial de mi experiencia parecía estar apareciendo, ligado al hecho de que no tuve la vivencia personal de conocer a mis “abuelos paternos”, por lo que una parte de mí “anhela escucharlo” y adentrarme en la experiencia más subyacente de G. Junto con ello, surgía el primer acercamiento a la experiencia de un paciente de edad avanzada, que me interpelaba sobre la pertinencia de revivir aspectos tempranos de su vida, realizando los cuestionamientos ¿Para qué? ¿Estará dispuesto?

Me llamaba mucho la atención la historia afectiva de G, dado que presentaba antecedentes familiares que podrían ser factores de motivación para una psicoterapia directamente, sin embargo no eran considerados por él en su decisión explícita de consultar y pedir ayuda, sino que, más bien, éstos eran superpuestos por temáticas propias del proceso de envejecimiento, especialmente en este sentido era la temática de la jubilación.

G era el tercer hijo de cuatro hermanos, había nacido en una circunstancia muy particular: sus padres al momento de su nacimiento, se encontraban con la enfermedad de tuberculosis y habían decidido tenerlo a raíz de una indicación médica, producto de que la madre de G sufría de un problema a la columna vertebral que la tenía con una especie de “joroba”. La madre y el padre decidieron tener un hijo como una forma de mejorar a la madre del problema a la columna que sufría, (como una forma de equilibrar peso, pensando que se iba a arreglar su “joroba”), por supuesto que obviando su enfermedad y las posibles consecuencias de esto. Carecían del conocimiento, dado que si bien no eran de una familia de extrema pobreza, no tenían una situación acomodada y la cultura al respecto.

Este elemento de la historia del paciente resultaba muy confuso tanto para él como para mí, producto de que esta historia le había sido contada a G, por lo que no tenía los antecedentes claros y su experiencia estaba llena de dudas y preguntas, dado que había sido relatada desde “otros”, específicamente de su tía paterna.

Los padres de G habían muerto producto de la tuberculosis cuando él tenía entre tres y cuatro años aproximadamente (muere primero su madre), situación que lo dejó al cuidado de su tía paterna de nombre “Norma”, con quien se crió hasta los 17 años, momento en que ella muere de un ataque al corazón.

La experiencia que tenía de sus padres era mínima, sólo los recordada como una imagen, en donde se veía él mirando a su padre a través de una ventana, cómo éste le hacía gestos de cariño y lo hacía reír. Debido a su enfermedad de carácter contagioso, Norma no lo dejaba acercarse directamente, ni menos poder tocarlo, por lo que sólo podía relacionarse en forma lejana y sin contacto físico con su padre.

De su madre casi no existe relato, más bien se diluye en sesión con la experiencia y el asombro de cómo lo pudo haber traído al mundo en esas circunstancias. G señalaba con vehemencia que su tía Norma se refería a ella como “vieja cochina”, se llevaban muy mal, a su tía Norma le molestaba la forma de ser, la encontraba “loca” e irresponsable.

Respecto de su tía, G señala: “mi tía era muy moralista, seria, me retaba mucho, era clasista, estaba siempre preocupada de la limpieza, cuando llegaba de la calle lo primero que hacía era lavarme las manos, todo lo tenía en orden”. Como un elemento que tomará significación posteriormente en el proceso psicoterapéutico, G recuerda que su tía lo retó y lo castigó porque una vez durante su infancia se puso a jugar con un amigo que era de tez morena, jugaban juntos y eran muy amigos. Un día llega un fotógrafo al sector en que vivían y les decide tomar una foto. Posteriormente G, al momento de tener la foto va donde su tía con mucho entusiasmo a mostrársela y Norma lo reta y lo castiga por haberse sacado la foto con ese niño que era “negro”. G señala que su tía le dijo: “cómo te sacaste esa foto con ese negro curichi, rasca”. En aquel momento a G le vino mucha rabia, sin embargo tuvo que acatar el castigo de su tía. En este sentido, su tía era para él un importante referente moral, que lo delimitaba en cómo comportarse, con quién juntarse, cómo vestirse, experiencia que a veces le hacía surgir en forma muy tenue sentimientos de rabia, señalando que: “mi tía no me dejó ser yo”, “nos criamos en una burbuja, parecíamos momia”.

Sin embargo, G presentaba una gran admiración y agradecimiento por su tía, dado que fue ella la que lo protegió y cuidó al momento de quedar sin sus padres a los 4 años; en este sentido, de alguna forma G sintió que ella impidió que él se quedara completamente solo. Sentía mucho amor por ella y su muerte fue un hito importante en su vida; señala que: “Mi tía se murió en el momento en que más la necesitaba”. Se preguntaba ¿por qué ella muere cuando más la necesitaba? Plantea que una vez que su tía muere, él sintió que “con mi tía se fue mi cariño, de ahí no voy a querer más”, “como que ella se llevó todo el corazón y ahora no tengo para darlo”.

No dejaba de sorprenderme la historia del paciente y empezaba a hacerme preguntas sobre la temática

de los duelos, las posibles transferencias del paciente, ¿Qué implicancia podía tener en el proceso terapéutico que yo fuera de tez morena? o en un paciente de edad ya avanzada que llega porque no puede terminar las cosas y que deseaba estar preparado para cuando tuviera que jubilar poder hacer algo y concluirlo, ¿había que contactarlo con los duelos y experiencias tan primarias? Mi primera experiencia con el paciente, fue que había que intentar realizar una psicoterapia más de apoyo, que le brindara un acompañamiento, dado que podría ser difícil y quizás contraproducente comenzar a realizar una psicoterapia como con pacientes de menos edad. Sin lugar a dudas fui parte del pre-juicio establecido sobre el periodo de la edad avanzada y sus implicancias clínicas, ¿se podrá realizar un proceso psicoanalítico con un paciente de edad avanzada, así como con pacientes de menos edad?; en un primer momento del proceso sentía que no.

Luego de la muerte de su tía, G relata que: *“se volcó a la vida”*, comenzó a ir a prostíbulos donde se involucraba con prostitutas diariamente. Señala que estuvo a punto de ser *“cafiche”* y en ocasiones se entristecía y no le daban ganas de levantarse, relata que estuvo casi cuatro días en cama sin deseos de salir de su casa.

Al poco tiempo después, a los 18 años conoce a su esposa y se estabiliza respecto de lo que estaba viviendo. G señala que su hermana siempre le ha dicho que *“él intentó reemplazar a su tía Norma con su señora”*. A su esposa la define como una mujer de carácter fuerte, que no tenía inconveniente en encarar situaciones de conflicto, dominante, con aspectos muy similares a la personalidad de su tía Norma. Una ilustración de ello, es que G señala: *“al igual que mi tía, mi señora me compraba las camisas que me iba a poner, si ella me las compraba yo me las ponía. Es que cuando me las compraba yo, me encantaban en la tienda, pero cuando llegaba a la casa ya no me gustaban y no me las ponía más”*.

La relación con su esposa duró 45 años de matrimonio. En noviembre del año 2003 deciden separarse dado que no tenían buenas relaciones, se peleaban mucho, ya no tenían vida sexual, junto con el hecho de que G sentía que le molestaba estar con la presencia de ella, quería estar solo sin tener que rendirle cuentas a nadie y le agotaron las discusiones, *“me sentía obligado a hacer cosas, no me sentía libre”*. La relación se fue desgastando hasta llegar a la separación, conflicto que empieza a tomar curso al momento en que los hijos se fueron de la casa y tuvieron que empezar a hacer una vida de pareja que nunca tuvieron, dado que la llegada del primer hijo fue muy prematura al comienzo del matrimonio. Tuvieron cuatro hijos varones y G en la actualidad vive con su hijo menor.

G relata que a los 50 años tuvo un episodio depresivo que le impidió ir al trabajo, el único de su vida, dado que en más de 25 años de trabajo él sólo ha presentado tres licencias médicas, que han sido operaciones (a la rodilla y una que otra enfermedad), datos que lo tienen orgulloso y que contrastan con la imagen de sí mismo que tenía de chico, donde se recuerda haber sido muy enfermizo, naciendo con raquitismo y presentando una serie de situaciones donde se resfriaba mucho. Señala que recuerda a su tía cuidándolo en la cama y él sintiendo lo *“débil”* que era; en este sentido, sentía que su tía lo protegía mucho y le demostraba que él era una persona enfermiza, hecho que le fue construyendo una imagen de sí mismo como *“Débil, menoscabado”*. Es diagnosticado con Depresión Endógena a los 50 años, y comienza un tratamiento hasta la actualidad con Fluoxetina.

Ya en el proceso terapéutico, al momento de conocer los antecedentes e ir descubriendo parte de su vida, sentía que una parte importante de la historia con su tía parecía no ser consciente para G. Se sumaban datos como este: que ella lo había internado cuando tenía 9 años en un orfanato para que él pudiese estudiar. G recuerda lo triste que se sentía en el hogar y cómo extrañaba. Un día decide escaparse del hogar y llega donde su tía a sorpresa de todos, señalando que si lo vuelven a internar, él se iría para siempre de la casa. Junto con ello, recuerda también cuando le preguntó a ella si quería ser su mamá y ella reaccionó tajantemente con un *no*, respondiendo que sólo era su tía.

Al respecto, sentía que G deseaba conservar la experiencia de su tía y protegerse de la soledad que podía sentir si empezaba a cuestionar su ayuda y contactarse con otros sentimientos asociados a ella, como por ejemplo la rabia. Esto me hacía preguntarme si efectivamente era pertinente entrar en la historia relacional más temprana de mi paciente, pregunta que no podía contestar, pero que empezaba a influir en mi contra-transferencia y en la relación terapéutica. Junto con ello, empezaba a sentir cierta rabia con su tía por el hecho de haber sido dura con él, haberlo internado, haberle negado rotundamente la petición de ser su madre, contactándome con aspectos más hostiles hacia ella.

Pese a ello, esta parte de la historia donde aparece la rabia o la pena en aspectos de su infancia, en ocasiones se hacía más consciente para él. Sin embargo, G refería que cuando se pone triste, decide tomar trago como una forma de sentirse mejor. Es así como el fin de semana, a veces recuerda a su tía, a sus padres o su infancia y toma trago como una forma de *“adormecer”* su recuerdo. Su ingesta de alcohol me preocupaba dado que todos los fines de semana tomaba, pese a que el

desempeño laboral no era afectado y podía cumplir su jornada de trabajo en forma normal.

Si bien G sentía momentos de tristeza los fines de semana y su vivencia infantil se encontraba muy a flor de piel, su motivación por consultar por primera vez a psicoterapia refería al hecho de que sentía preocupación y muchas dudas de ¿por qué le ocurría que se desmotivaba rápidamente al momentos de realizar cursos? Se encontraba en un momento muy cercano a su jubilación y sentía que sin trabajo él se iba a *“morir”*, *“se me acaba la vida”*. A raíz de ello, la alternativa de realizar actividades y cursos le ayudaría a contrarrestar la sensación de inutilidad que tanto temor le ocasiona el pensar estar sin oficio. Se veía con mucho miedo a estar sin trabajo y no poder realizar nada producto de su desmotivación y dificultad en terminar las cosas.

En este sentido, G sentía preocupación por esta nueva etapa vital que venía y surgían ansiedades respecto de las actividades que podría realizar al momento de encontrarse sin trabajo. La jubilación se significaba para él como un hito importante y como un signo de envejecimiento, dado que lo contactaba con la sensación de *“inutilidad”* y *“debilidad”*, sensaciones dolorosas para él dado que tenían relación con aspectos tempranos de la experiencia relacional con su tía, como el ser muy enfermizo, el haber quedado tempranamente sin padres.

Empezamos a abordar durante las primeras entrevistas la experiencia específica que sentía G al momento de emprender los cursos que él quería realizar. G señala que hace un par de años él quiso hacer un curso de electrónica y sólo asistió a las tres primeras clases, por lo que su sensación la relata de la siguiente forma: *“sentía como una traba, como un malestar...pensaba ¿pa qué voy? Y luego de decidir no ir más me decía a mí mismo: “G fallaste otra vez”*.

Me llamó la atención de su discurso la frase: *“fallaste otra vez”* y tuve la sensación de que se estaba refiriendo a otra experiencia de su vida. A raíz de ello, le señalo: ¿qué piensas sobre esa frase, y le pregunto entonces ¿qué otra vez fallaste? Para mi sorpresa G señala que él siente que siempre ha fallado en su vida, comenzando con su nacimiento, en donde él sentía que su nacimiento no había cumplido el propósito de superar la enfermedad de su madre, por lo que en ese momento *“había fallado”*. G había sentido que su propio nacimiento era la primera experiencia de *“haber fallado”*, por lo que de ahí en adelante, cada vez que no podía cumplir con lo que se esperaba de él o lo que él se proponía, repetía en su mente: *“G fallaste otra vez”*.

En este sentido, G había ido construyendo muy tempranamente la idea de que él *“fallaba”* y esa sensa-

ción se iba repitiendo a lo largo de su vida, poniéndose en juego en la experiencia de no poder continuar los cursos y por supuesto, se conectaba con la vivencia de jubilación que lo dejaba en una especie de *“crisis de exigencias”*, generándole mucha preocupación y sufrimiento. Esta crisis psicosocial podía entenderse de la siguiente forma: por un lado, el hecho de estar sin actividad le exigía invertir su tiempo en algo donde pudiese sentirse útil (la realización de cursos), dado que la jubilación lo contactaba con su temido sentimiento de sentirse *“menoscabado e inútil”* v/s, por otro lado, la sensación de que no podía emprender los cursos que hacía, porque se desmotivaba rápidamente y al no realizarlos volvía a sentir la sensación de *“G fallaste otra vez”*.

La interacción sobre la frase *“Fallaste otra vez”*, nos llevó a abordar aspectos tempranos de su historia, abriendo temáticas de sus padres, su sentido de nacer y la construcción de la imagen de sí mismo. Mi sensación, entonces, era que efectivamente estábamos en aspectos tempranos de su experiencia infantil rápidamente y en este sentido la etapa de entrevista había pasado y el proceso terapéutico tomaba el rumbo de hablar de aspectos esenciales en la construcción de su self y su sentido de vida.

A raíz de ello, se comenzaban a vislumbrar los duelos más tempranos y las experiencias con los padres. G comienza a centrarse en sentimientos hacia sus padres y señala: *“tenía ganas de poder tocar a mi papá...y no pude”*; *“como que cuando chico por el hecho de que no tenía papás me sentía como un bicho raro, yo no sé cómo no salí psicópata o algo así”*. Al respecto le planteo sobre cómo es esto de ¿cómo no salí psicópata? *“Sí, es que yo veo en la tele cuántos niños que les pasa lo mismo y al final son ladrones... etc.”* Comencé a sentir que la experiencia terapéutica podía empezar a traer los duelos de la infancia y, con ello, podía surgir la rabia, la pena, hecho que hacía surgir en mí una fantasía contra-transferencial de que *“si abordamos los duelos del paciente, G podía sufrir tanto que podía llegar a deprimirse muy seriamente... podría hasta suicidarse”*.

Esta experiencia que sentía quizás podía ser comprendida de diversas formas, como un temor que el mismo paciente podía sentir, en el cual yo me estaba identificando como una especie de proyección de su vivencia; un temor que se jugaba a nivel relacional donde ambos podíamos unirnos en este temor de abordar duelos y tanto él desde su vivencia, como yo desde lo que sentía que podía sentir él al perder a los padres tempranamente y, también, el temor mío de ver a un *“abuelo”* llorar por aspectos tan tempranos de su vida. Es probable que algo de los tres aspectos podía estar en

juego. Sin embargo, mi sensación de que “este abuelo podía desarmarse”, se fue haciendo más presente a partir del proceso relacional con G, de manera que mis preguntas e interpretaciones empezaron a ser cautelosas y me fui centrando en lo que me pasaba y le pasaba a él, al momento que profundizábamos sobre sus relaciones tempranas.

Un aspecto llamativo de la interacción, era el hecho de que yo comencé, sin darme cuenta, a problematizar sobre la idea que G planteaba de querer quedarse solo en su vida. “Yo ya no quiero volver a estar con alguien, prefiero quedarme solo, así nadie me molesta y puedo estar tranquilo”. Esta parte de su relato me empezó a llamar la atención y empezamos a profundizar en ello. No me daba cuenta de la necesidad que comenzaba a surgir de querer protegerlo, quería inconscientemente que tuviese una compañía, que “alguien lo acompañara”, por lo que el deseo de “quedarse solo” que planteaba en sesión me llamaba la atención y me parecía que había que considerarlo.

Esta delimitación en su relato tuvo una influencia en la interacción entre ambos, ya sea a través de mis preguntas, señalamientos, intentos de interpretar, y como consecuencia, tuvo un impacto en la experiencia subjetiva de G, quien para mi sorpresa me señala en una sesión lo siguiente: “Después de conversar...me he dado cuenta que el tema de las parejas lo tengo solucionado, y tengo claro que quiero estar solo, entonces siento que eso está resuelto”. Tras su frase en la sesión pude sentir que me estaba diciendo lo siguiente: “el tema de la pareja no es mi tema, dejemos de hablar de ello”.

Me di cuenta entonces que el tema de los duelos había generado en mí una necesidad de protegerlo y cuidarlo a través de la fantasía de la relación de pareja, me percaté de mi concepción que tenía a la base y de cómo la idea de “una vejez acompañada” era parte de un prejuicio que me impedía abordar la problemática del paciente. En este sentido, me hice parte de una visión un tanto romántica de la vejez que intenta “hacer feliz a través del amor y la compañía” la posible experiencia de soledad y de desvitalización que sentía mi paciente. Logré captar también cómo mi experiencia subjetiva y mi concepción de la vejez tenían un impacto directo en la experiencia del paciente y en la interacción subjetiva de ambos. En este sentido, mi experiencia subjetiva, que se traducía en preguntas, gestos, interpretaciones, tenían un efecto relacional por el simple hecho de que mi experiencia se hacía presente en acotar una parte de su experiencia y, como respuesta, el paciente reaccionó a la relación intersubjetiva.

Esta experiencia relacional dio la entrada para seguir el relato del paciente en lo que G fuera diciendo y

tomar mayor conciencia de los aspectos subjetivos de mi persona e intersubjetivos de la relación. Mi experiencia contra-transferencial me llevaba a estar alerta a la necesidad de protegerlo a través de las fantasías que me podrían ir surgiendo durante la sesión.

G comenzaba a hablar en sesión sobre su sensación de pena e inferioridad, reconociendo que a él no le gustaba lo que le atrae a la demás gente. Señala: “A mí no me gusta salir de viajes, eso de observar la naturaleza...a mí me gusta estar solo en la casa, escuchar música”. A raíz de ello, planteaba sentirse como un “bicho raro”, dado que él se siente solitario y la mayoría de la gente cuando piensa en qué hará cuando esté jubilada, se imagina en viajes y salidas a la naturaleza. Esta experiencia le hacía sentir que él no era feliz y que no sabía ser feliz.

Ante ello, sentí que G tenía una necesidad de tener un referente externo que lo condujera y le dijera cómo se debía ser feliz, por tanto, había algo de su experiencia que él no había explorado y que creía que otros se lo podían proporcionar. Le planteé la idea de ¿qué le pasa que tiene que buscar su felicidad en la experiencia que otros tienen de la felicidad? G responde reconociendo su patrón y de cómo su búsqueda de lo que le gusta está puesta en buscar un “referente externo”, es decir “lo que a otros les gusta”, dejando de lado lo que a él le gusta realmente. Es por ese sentido que parte de su experiencia de “infelicidad” se encontraba tan presente y a la vez, se unía con la sensación de inferioridad que había relatado anteriormente.

A raíz de ello se comienza a abordar sobre ¿qué es lo que a él le gusta y con qué disfruta?; para mi sorpresa, G responde en forma risueña y con una expresión que en ese minuto me era difícil de comprender. G relata lo que le gusta (con una mezcla de estar con vergüenza y de ser un “niño” travieso que va a señalar o hacer una maldad y una especie de placer culpable), “A lo mejor tú vas a pensar que soy un viejo rayado...jeje...pero una de las cosas que más disfruto es ver por la televisión al pájaro loco jeje...me río tanto con esos monitos...y lo otro es escuchar música solo, me gusta desde los tangos y la música clásica, hasta las cumbias”.

Esta respuesta de G sobre el pájaro loco me causó risa y a la vez asombro, y pensaba: ¿pero no estoy con un paciente de edad avanzada? y ¿cómo es que siento la sensación de que estoy con un niño que quiere jugar al frente? Me sentía con ganas de conocer su mundo lúdico y a la vez sentía las ganas de acoger su experiencia de infancia que había sido restringida por una tía moralista y dominante. La experiencia intersubjetiva que fui sintiendo en sesión me recordaba la experiencia que señalaba G sobre su amigo de tez morena de la infancia; sentía una invitación a descubrir en un paciente

de 63 años, sus aspectos más infantiles-lúdicos que se encontraban más relegados y abrirle el espacio a esa experiencia.

Sin embargo, G sentía la idea de que yo lo consideraría como un "viejo rayado", aspectos transferenciales que se hacían presentes y que podían escenificar la mirada social de la vejez transferida al espacio terapéutico, revivida también por el hecho de que el terapeuta es más joven que el paciente. De ahí se entiende que G señalara: "Pensarás que soy un "Viejo" y posteriormente: "loco", como aludiendo a la idea social de que "a su edad él ya no está para ver esos programas". Junto con ello, es posible pensar qué aspectos internalizados de su tía materna se ponen en juego al momento de interactuar desde su parte más lúdica, pudiendo transferir la idea de que un "otro" lo sancionará por expresar esta parte de sí mismo, que no se ajusta a las concepciones del "deber y la obligación".

La interacción intersubjetiva comenzó a tomar el matiz de lo divertido del pájaro loco, empezando a haber un clima de mucha risa, alegría y entusiasmo durante las sesiones. G comentaba anécdotas de cuando estaba tomando cerveza con sus amigos, de cómo con un poco de trago lograba hacer cosas para él insólitas, como reírse de un garzón y darle la bendición jugando a que él era el Papa y de lo bien que lo pasaba.

El material que iba trayendo G era de mucha risa y mi experiencia subjetiva era de entretención. Sin darme cuenta, habíamos tenido momentos para abordar aspectos de sí mismo con otro tinte emocional, pero habíamos caído en una especie de conjunción intersubjetiva, que desde mi experiencia era la de "un nieto riendo y tomando cerveza con su abuelo", y la de G era la de "evitar hablar de su sufrimiento o rabias asociadas a su historia de vida". El clima de la sesión resultaba ser de carácter maniaco y parecía que G se contactaba más con aspectos infantiles, que si bien eran positivos en un primer momento del proceso, parecían ser defensivos posteriormente. La sesión empezó a sentirse como superficial y sin que G lograra hablar de aspectos que estaban latentes y subyacentes de su experiencia.

Luego de analizar la experiencia intersubjetiva, logro reconocer cómo funcionaban para el espacio relacional la risa, las tallas y las anécdotas. Eran climas emocionales defensivos que nos obstruían avanzar en la terapia, que impedían tanto al paciente abordar aspectos profundos de sus vivencias como a mí ubicarme en un rol de terapeuta en vez de el de "un nieto que piensa que los viejos no deben llorar a esta altura de su vida". Nuevamente se instalaba la necesidad de proteger y ubicar el tratamiento con pacientes de edad avanzada

en un campo superficial, de acompañamiento, aislado de las etapas tempranas de la vida del paciente.

A raíz de ello, en la sesión siguiente se instala un nuevo clima emocional, se le señala a G lo siguiente: "acaso a lo mejor hemos caído en reírnos y nos hemos alejado de otros temas, como una forma de evitar hablar de otras cosas con la risa". G logra captar el lugar de la risa en el campo intersubjetivo y su movilización es inmediata, como si estuviese esperando ese momento, se empieza a contactar con la experiencia de ser "abandonado" y de haberse sentido como un "bicho raro" cuando era chico. Señala: "yo siempre sentí que era débil, me sentía un bicho raro por no tener papás". "Sentí tanta pena cuando estaba en el orfanato y no sé cómo lo hice para escaparme y llegar a mi casa". Empiezo a escuchar su sufrimiento, la imagen devaluada de sí mismo y el proceso empieza a sentirse más profundo. Para mi sorpresa G señala, al final de la sesión: "hoy día se me pasó la sesión volando... es que hablamos de cosas importantes".

Este momento representa un giro en el proceso, dado que desde mi experiencia comienzo a tomar un rol "terapéutico", intentando acompañar al paciente en su material desde un lugar distinto. Es como si yo hubiese hecho también la renuncia a "buscar un abuelo" y eso me hubiese permitido experimentar el rol de terapeuta en forma más completa.

Las fantasías de un "viejo que se podría desarmar" empezaron a ser problematizadas y con ello se crea un espacio para permitir un proceso psicoterapéutico, tal como se desarrolla con otros pacientes.

A raíz de ello, se abre la instancia para contar algo que nunca le había dicho a nadie; señala: "esto no lo he dicho nunca... me gusta mucho el Nazismo, vas a pensar que soy un nazi, pero siempre he admirado a Hitler, la personalidad que él tiene... y todo lo que él señalaba, me gusta leer los libros y conocer su historia".

G lentamente dejaba entrever a través de su gusto por el Nazismo, sus anhelos compensatorios de personalidad, dado que él señalaba que siempre fue muy tímido, por lo que la figura de Hitler le era muy atrayente y significativa, le interesaba cómo un solo hombre podía haber movilizad con su carácter a tanta gente. Y por otro lado, sin sospecha mía todavía en ese momento, G a través del Nazismo se contactaba con la rabia que sentía hacia sí mismo y hacia su madre por haberlo traído en esas condiciones al mundo. En una parte de su experiencia, G se había sentido siempre "desvalido" y desde su discurso señalaba que de chico se sentía como "discapacitado" por las distintas enfermedades que había tenido, por lo que muchas veces sentía que no debía haber nacido. "Yo pienso que la gente discapa-

citada no debería vivir, digo esa gente que le falta un brazo, una pierna... que tienen que tener a alguien al lado". Aparecía la rabia con su "nacimiento" y consigo mismo, por haberse sentido desvalido.

La figura de Hitler para G era la forma que él tenía para personificar la rabia hacia la debilidad, la fragilidad, la discapacidad a través del discurso vehemente, fuerte, que tenía como propuesta el "no dejar nacer a hombres de una raza inferior". Le hacía sentido y lo conectaba con su propia rabia por haber nacido en esas condiciones. Hitler era la forma de defenderse del mundo, de rebelarse hacia los aspectos de su vida que le habían generado tanto dolor y sufrimiento como la muerte de sus padres, el hecho de haber fallado, el no poder defenderse. Como una especie de compensación, Hitler se podría pensar que le ayudaba a decir lo siguiente: "aquí no se tolera la debilidad, yo no tengo partes débiles, debo defenderme del mundo con personalidad, nada de entrar en conocer mis penas y sufrimientos, eso es para la gente débil, la gente discapacitada no debería nacer, hay que matarlos".

En ese momento del proceso fue posible mostrarle cómo una parte de él fue desarrollando una imagen de sí mismo como desvalido, "débil", y cómo esto le hacía entonces admirar a la imagen de Hitler como una figura poderosa y "Fuerte". G parecía empezar a comprender aspectos de sí mismo que antes no lograba descifrar, como por ejemplo: la rabia que sentía hacia la gente discapacitada, la admiración e interés por ser un nazi y, junto con ello, fue comprendiendo que no sólo había pena en su historia de vida sino que rabia, sentimiento que lo hacía defenderse y no tolerar más pérdidas y sufrimientos.

Mi experiencia subjetiva estaba dada por una sensación extraña, entre agradecimiento y respeto hacia G por haber confiado un aspecto importante de su vida en sesión. Mi actitud terapéutica se traducía sólo en escuchar y, con ello, poder transmitirle una cierta admiración también, porque lo consideraba como un "sobreviviente" de sus experiencias tempranas. Sentía entonces que no había nada que interpretar ni decir, simplemente ahora sólo había que "escuchar".

G señala que sintió un desahogo al momento de comentar su interés por Hitler y entender su motivación y gusto por este movimiento. En este sentido, luego de algunas intervenciones destinadas a conectar la vivencia de Hitler con su vida, G integra el significado de por qué admira a Hitler, señalando que esto le ha ayudado a acercarse a sí mismo sin que por eso se sienta un "hombre malo y extraño", dado que siempre tenía conflicto con esa parte de sí mismo. Al respecto señalaba: "si lo cuento, toda la gente creería que soy un

asesino". Aparecía una mayor comprensión hacia sí mismo, que lo hacía experimentar con más tranquilidad y sin sentimientos de culpa sus aspectos más agresivos.

Esta apertura al material relacionado con Hitler, para mi sorpresa dio pie a que G fuera abriendo su experiencia subjetiva y empezara a contactarse con sentimientos de tristeza. Avanzando en su relato en las sesiones siguientes, comienza a hablar de su pena y del dolor de sentirse un niño débil, dolor que ha sido protegido con rabia y con aspectos del Nazismo que le decían que en vez de aceptar y vivir su dolor, había que eliminarlo. Surgen ansiedades por el hecho de qué ocurriría en sesión si llora y se emociona. Se presenta el siguiente diálogo:

- G: *"No soportaría llorar acá, me sentiría menoscabado, homosexual, débil... no podría mirarte a la cara... pienso que después te fijarías sólo en mis partes débiles"*.
- T: ¿Qué te da la impresión de que yo voy a reaccionar así?
- G: *"Es que yo pienso que cada vez que yo termino la sesión, tú te quedas pensando pucha el viejo julero este ..."*
- T: ¿Y no has pensado que más que yo sienta eso, puede ser algo de cómo tú te sientes con llorar acá?
- G: *"Es que yo cuando lloro en mi casa, al otro día no me puedo mirar al espejo, me tengo que afeitar sin mirarme, porque me siento homosexual, menoscabado, frágil..."*
- T: ¿Cómo te podría ayudar si lloras acá?
- G: *"Me gustaría que si lloro, tú salgas y me dejes llorando y después cuando se me pase ahí entres"*.

Este diálogo preparaba sin dudas el camino hacia un momento donde G llora y despliega la pena de las experiencias de su vida. Junto con ello, muestra aspectos transferenciales importantes en la terapia de edad avanzada. En primer lugar, plantea la existencia de una transferencia en la que G deposita aspectos hostiles de sí mismo en la persona del terapeuta. Contrariamente a lo que yo sentía, G creía que yo iba a mirarlo con rudeza, severidad, e incluso lo podía hacer sufrir por el hecho de saber sus partes "débiles". En este sentido, G lograba verme como un espejo, sin poder reconocer un "otro" distinto, donde poder experimentar una relación de aceptación y comprensión.

Por otra parte, vuelve a aparecer la idea de ser "él un viejo" y "yo un joven", aspectos relacionados con la edad, que se ponen en juego en la relación terapéutica en pacientes de edad avanzada. La experiencia de fragilidad y término de la vida versus la juventud parecían

haber incrementado la transferencial del paciente, en lo que refiere a aspectos relacionados con la inferioridad y el hecho de sentirse “débil” por no haber tenido unos padres. En este sentido, la diferencia de edad le hacía sentir a G una sensación de vergüenza y pensaba que el hecho que una persona más joven que él lo viera llorar era intolerable.

La experiencia de género también tomaba lugar, me llamaba la atención que su sensación era la de sentirse “homosexual”, hecho que aludía a las concepciones anteriores del género masculino donde “el hombre no debía llorar”, dado que los que lloraban eran “mariquitas”. Este hecho se veía con más fuerza debido a que el terapeuta también era hombre, por lo que la experiencia relacional estaba afectada no sólo por la transferencia del paciente sino que también por aspectos que en ese minuto tomaban peso como: la edad y el sexo del terapeuta, las concepciones del paciente en torno a su etapa vital y las ideas asociadas al rol de género, entre otras.

Durante la sesión yo sentía que G también me estaba comunicando algo en forma indirecta. Sentía que me intentaba comunicar: ¿cómo vas a reaccionar si lloro?; así, mi sensación era de que junto con depositar los aspectos transferenciales de su vivencia en mi persona, el discurso de G tenía un importante valor relacional, dado que también era una forma de preguntarme sobre cómo iba a reaccionar con su llanto y cómo iba a percibirlo.

Esto puede verse ilustrado en mi reacción y mi respuesta, dado que yo no respondo solamente a su experiencia transferencial (hecho que podría haber generado una interpretación), sino que mi reacción es dada inconscientemente hacia su mensaje relacional, es decir, respondo a la pregunta intersubjetiva que él me estaba haciendo ¿cómo vas a reaccionar tú? Como consecuencia, mi respuesta se traduce en una pregunta: ¿cómo te podría ayudar si lloras acá?, discurso que es también una comunicación relacional, dado que indirectamente y sin darme cuenta, en ese momento yo le estaba diciendo: “cómo quieres que yo actúe para que te sientas cómodo”.

Posteriormente G comienza a recordar la forma en que muere su tía y señala lo siguiente: “*mi tía murió una noche...yo no pude hacer nada..estaba durmiendo y le vino un ataque al corazón..me pidió ayuda y yo no pude hacer nada..fallé otra vez*”. Posteriormente G llora durante el resto de la sesión sin que su cara volviera a mirarme, hablaba hacia abajo con un tono que mezclaba desahogo, vergüenza, y mi sensación fue de mucha pena y a la vez deseos de poder mostrarle que en ese minuto de su vida nada pudo hacer para dete-

ner la muerte de su tía. Sentía que estaba viviendo la experiencia subjetiva de “fallaste otra vez”, como un principio organizador que le hacía significar las vivencias siempre desde esa condición subjetiva. Me dieron ganas de animarlo y consolarlo, pero me limité porque sin duda G no necesitaba que yo fuera nuevamente un nieto sino que un terapeuta.

Su vivencia subjetiva era tan modeladora al momento de recordarla, que incluso a G le costaba integrar todo lo que había hecho en ese minuto, por ejemplo: había buscado todo lo que estaba a su alcance, había avisado a personas adultas y se había mantenido con ella hasta el final de su vida, muriendo en sus brazos.

A raíz de ello, le mostré todo lo que él había intentado hacer en ese minuto y cómo lo borraba de su experiencia emocional y su recuerdo. G, en tanto, respondía que él se sentía muy culpable y que eso le generaba mucha pena, ahora pensaba que nada podía hacer, pero igual sentía mucha culpa.

La sesión se mantuvo con estos matices y con mucho silencio, donde G también siguió llorando y transmitiendo su sentimiento de frustración y culpa; señalaba también: “*Me carga llorar...me siento homosexual, menoscabado*”. Finalizando la sesión y ya despidiéndonos en la puerta, G señala: “*Perdona por haber llorado*”.

G posteriormente a la sesión relatada, falta a dos sesiones siguientes, dando aviso por sus respectivas faltas. Mi sensación era que a lo mejor no volvería y pensaba que podría ser por dos motivos: se encontraría avergonzado y no podría tolerar la sensación que había relatado antes de sentirse homosexual, menoscabado (el temor a que ahora yo lo tratara duramente como lo hacía su concepción de Hitler) y por otro lado, sentía que G se había entristecido al punto que abandonaría la terapia.

Sin embargo, a la tercera sesión G regresa y se abre la posibilidad de conversar sobre su experiencia de haber llorado. Comenta sobre sus inasistencias y de cómo intentó venir a la sesión, pero le fue imposible por la vergüenza que sentía. Relataba que sentía que yo me quedaba pensando “pucha el viejo julero este... que está cagao”. Pese a ello, fue de a poco elaborando esta experiencia relacional, reconociendo sus aspectos transferenciales antes mencionados, pudiendo sentirse más tranquilo y orgulloso por el hecho de haber podido volver a la terapia y mirarme cara a cara, lo cual le fue disminuyendo también los sentimientos de vergüenza anteriormente sentidos.

A raíz de ello, surge el último elemento interesante de transmitir en la experiencia con este paciente de edad avanzada, que sin duda constituye un hito y refleja cómo G, lejos de estar viviendo un proceso de acompa-

ñamiento, había podido abrir aspectos importantes de su vida emocional temprana. Y a la vez cómo éstos se entrelazaban con los procesos particulares de la vejez.

De a poco va surgiendo un deseo en G de traer algo a sesión que abre un nuevo hito en el proceso, G me señala: *“Tengo ganas en la próxima sesión traerte la foto de mi amigo el negrito... , te acuerdas? Esa vez que me retó tanto mi tía.. para que la veas...es que es muy buena la foto jeje”*.

Posteriormente G trae la foto de su amigo “el negrito” y mi sensación fue de que me estaba transmitiendo una especie de agradecimiento y a la vez me invitaba a ser más cercano y familiar. Sin lugar a dudas, también sentía que podía representar para él la posibilidad de jugar con su amigo en un contexto relacional distinto, sin que por ello existiera el reto de su tía. Se abría un nuevo espacio de vida donde él podía re-significar aspectos infantiles que anteriormente habían sido detenidos en su vivencia.

Junto con ello, sentía la necesidad de aceptar la foto de manera genuina dado que significaba, junto con la transferencia del paciente, una posibilidad de experiencia nueva donde ambos habíamos sido parte.

Finalmente, en la terapia siguieron apareciendo nuevos elementos que daban cuenta de cómo los aspectos transferenciales del paciente se conectaban con aspectos del proceso de envejecimiento. A su vez, el proceso psicoterapéutico fue tomando mayor profundidad y cercanía, apareciendo nuevos modos de relación entre G y la concepción de sí mismo y de los otros.

Luego de un año y medio de proceso, G decide realizar el cierre, debido a que sentía que él ya había tenido los logros que buscaba. Mi respuesta a ello fue de acompañamiento y de afirmación de la necesidad de cerrar dado el cumplimiento de objetivos.

Finalmente se cierra el proceso, llegando G a la última sesión mostrando la nueva camisa que se había comprado personalmente: “una guayabera”.

CONSIDERACIONES FINALES

Más allá de los elementos técnicos realizados en el presente trabajo, el objetivo de escribir la experiencia terapéutica con un paciente de edad avanzada, se funda en el hecho de ilustrar cómo un proceso que empezó siendo construido por parte del terapeuta desde un modelo de la vejez estático y excluyente de los procesos psicoterapéuticos de carácter profundo, se fue transformando en un proceso rico en significados simbólicos, en experiencias relacionales, en transferencias desplegadas por el paciente, en la contra-transferencia, en intersubjetividad.

En este sentido, fue posible reconocer cómo la experiencia de la vejez y los procesos que se presentan en esta fase en particular, son cruzados y toman significados a partir de los procesos subjetivos de cada persona y, a su vez, cómo ellos toman un espacio protagónico en la psicoterapia, si es que se tiene fe en que los procesos psicoterapéuticos con pacientes de edad avanzadas no tienen por qué ser entendidos como procesos cortos, de acompañamiento, superficiales.

La experiencia de jubilación, de muerte, de aislamiento, del término de la vida, si bien son elementos participantes del proceso de envejecimiento como “etapa psicosocial de la vejez”, no pueden ser considerados aislados de la subjetividad del paciente y del terapeuta. Es así como el proceso de envejecimiento puede, por ejemplo, ser significado desde aspectos tempranos de la historia personal del paciente, que una vez que comienza a vivir la experiencia de la vejez vuelven a ser re-editados y toman significados profundos para la vida anímica de las personas desde la historia particular de cada sujeto.

Relevante en este sentido es la consideración de una “mente abierta” a los procesos psicosociales, capaz de otorgar significados y estar en mutua construcción con el contexto relacional y social por el que cruza el paciente. Se entiende lo inconsciente como un proceso que logra participar en la construcción de la experiencia del sujeto, integrando los elementos propios de cada fase del desarrollo, nunca en forma estática sino que en constante participación.

Junto con ello, cobra importancia la concepción que tenga el terapeuta de la vejez y de cómo estos procesos se hacen parte de la relación con el paciente. En este sentido, se considera necesaria la necesidad de develar la imposible neutralidad del terapeuta en los procesos relacionales con el paciente, siendo constructor de la experiencia intersubjetiva que se establece. De manera que la idea social y personal de la vejez tiene un impacto directo en cómo se entiende la etapa de la vejez, cómo se entiende la psicoterapia, cómo se reacciona a la atención de pacientes de edad avanzada, cómo se conceptualizan el sufrimiento, la muerte, etc.

El proceso de envejecimiento sin duda ha tenido transformaciones a lo largo de los años y, con ello, las concepciones y la realidad psicosocial de la vejez no son las mismas hoy que en los primeros años del psicoanálisis, específicamente en la época de Freud. En este sentido, la calidad de vida, las expectativas, los conocimientos, el lugar social de la vejez, hacen que tener 60 años en la actualidad sea muy distinto que tenerlos en la época del surgimiento del psicoanálisis, lo cual lleva a replantearse y construir nuevos conocimientos,

teniendo presente el dinamismo al cual se ven afectos todos los aportes que realizamos desde nuestra experiencia terapéutica.

Este dinamismo abre pie a considerar la vejez como “un proceso” personal, dinámico, subjetivo, en movimiento, que no se encuentra ligado necesariamente a la edad objetiva por la que cruza un sujeto, sino que se encuentra en un interjuego con la vida emocional total que vive el paciente. Es entendido en términos de “fases”, posibles de ser experimentados en momentos particulares de la vida, posibles de ser significados por experiencias relacionadas pasadas, posibles de aparecer y desaparecer dependiendo del dinamismo al cual se vea enfrentado el paciente en lo social, lo biológico y en lo psicológico como una danza en constante transformación y cambio. Es así como se logra explicar que un sujeto de 63 años puede sentir que se le acaba la vida con la jubilación y otro pueda sentir que a los 75 se abren nuevas posibilidades de vida al experimentar el nacimiento de un nieto.

Así, la infancia, la adolescencia, la adultez, la vejez, poseen un tiempo subjetivo dinámico, en la que el pasado afecta el presente, el presente se ve movido por el futuro, el pasado significa y le da sentido al futuro, fases en constante movimiento y transformación.

Por último, el proceso descrito se enmarca dentro del proceso de formación, donde fue posible descubrir la presencia de aspectos de la terapia psicoanalítica necesarios para dar respuestas a las necesidades que el mundo profesional requiere hoy, siendo una de ellas la ilustrada en este escrito: la psicoterapia con pacientes de edad avanzada.

La instancia de formación deja aprendizajes transversales necesarios para dar respuesta a la movilidad y exigencias de la sociedad actual. En este sentido se valora: la importancia de conceptualizar una “mente abierta”, el reconocimiento de la participación de la contra-transferencia en el proceso relacional con el paciente, la importancia del vínculo terapéutico en el logro de los objetivos en la psicoterapia, la concepción de la terapia entendida como una experiencia de intersubjetividad, la necesidad de integrar los elementos biopsicosociales en la construcción de la experiencia del paciente, la importancia de los espacios de auto exploración de la persona del terapeuta en el desarrollo de la práctica clínica, los aspectos dinámicos de la experiencia inconsciente y la importancia de reconocer y hacerse cargo de la participación de la construcción teórica personal como terapeuta, en la forma en que vemos y entendemos los procesos que se llevan a cabo en la psicoterapia, dado que lejos de ser aplicados como “verdades” absolutas, deben estar siempre alertas a la movilidad de la “realidad humana”.

REFERENCIAS

1. Apfelbeck E. (1992). Psicoterapia de orientación psicoanalítica en la edad avanzada. Tesis PUC, Santiago
2. Boetsch J. (1998). *Reflexiones psicológicas para el adulto mayor*. Ed. Universitaria, Santiago
3. Coderch J. (1990). *Teoría y Técnica de la terapia psicoanalítica*. Ed. Herder, Barcelona
4. Safran J, Muran J. (2005). *La Alianza Terapéutica*. Ed. Desclée, New York

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

